



**Envelhecer com saúde**

**Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo**

*Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro*

**Orientadores:** Professora Doutora *Marta Hansen Lima Basto Correia Frade*

Professor Doutor *José Joaquim Costa Cabrita da Silva*

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

**2018**



Com a colaboração da



## **Envelhecer com saúde**

### **Promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo**

*Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro*

**Orientadores:** Professora Doutora *Marta Hansen Lima Basto Correia Frade*

Professor Doutor *José Joaquim Costa Cabrita da Silva*

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

#### **Júri:**

Presidente: *Doutor Óscar Proença Dias*, Professor Catedrático  
Faculdade de Medicina de Lisboa

Vogais:

- Doutora *Maria Isabel Guedes Loureiro*, Professora Catedrática  
Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa
- Doutora *Maria José Albergaria Bicudo*, Professora Coordenadora  
Escola Superior de Saúde da Universidade dos Açores
- Doutora *Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins*, Professora Coordenadora  
Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Doutora *Ana Maria Alexandre Fernandes*, Professora Catedrática  
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa
- Doutora *Maria Margarida Nunes Gaspar de Matos*, Professora Catedrática  
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa
- Doutora *Marta Hansen Lima Basto Correia Frade*, Professora Coordenadora Aposentada  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Aos meus filhos: João, Pedro e Tiago

Aos meus pais e ao Eduardo

Pela presença constante...

Pelo amor incondicional...

Por tudo...



## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Doutora Marta Lima Basto, pela orientação certa, pela sua disponibilidade, pela resposta pertinente às dúvidas colocadas e por facilitar os processos de análise e reflexão.

Ao meu orientador, Professor Doutor José Cabrita, pela orientação e rigor que sempre transmitiu, elementos cruciais neste percurso.

À Enfermeira Cristina Palma pela sua inestimável ajuda.

Aos meus colegas Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários do ACESBA pela disponibilidade para colaborar, ultrapassando todas as dificuldades.

A todos os que aceitaram participar nos estudos possibilitando a sua realização.

A todos os colegas, amigos e familiares que se disponibilizaram para dar suporte e ajuda ao longo de todo este percurso.

À minha família pelo que tiveram que abdicar devido ao meu envolvimento neste projeto.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização desta investigação.

**Dirijo o meu sincero e profundo agradecimento!**





## LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**ACESBA** – Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo

**ACS** – Alto Comissariado da Saúde

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**ARSA** – Administração Regional de Saúde do Alentejo

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**CM** – Câmara Municipal

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DGS** – Direção Geral da Saúde

**EB** – Ensino Básico

**EPE** – Entidade Pública Empresarial

**ERS** – Entidade Reguladora da Saúde

**EUA** – Estados Unidos da América

**EVPS** – Estilo de vida Promotor de Saúde (corresponde ao score total da Escala HPLP II)

**FCG** – Fundação Calouste Gulbenkian

**HTA** – Hipertensão Arterial

**HPM** – Health Promotion Model

**HPLP II** – Health Promotion Lifestyles Profile II

**ICN** – International Council of Nurses

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**INS** – Inquérito Nacional de Saúde

**INSA** – Instituto Nacional de Saúde

**IPSS** – Instituições Particulares de Solidariedade Social

**NUTS** – Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos

**OCDE** – Organização para a Cooperação e desenvolvimento Económico

**ODM** – Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**OPSS** – Observatório Português do Sistema de Saúde

**PEVPS** – Perfil de Estilos de Vida Promotor de Saúde

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**pp** – pontos percentuais

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**ULS** – Unidade Local de Saúde

**ULSBA** – Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UE** – União Europeia

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**WHO** – World Health Organization



## RESUMO

Portugal integra na atualidade a lista dos países mais envelhecidos do mundo e o Alentejo constitui, desde há alguns anos, a região mais envelhecida de todo o território nacional, apresentado também a mais elevada percentagem de pessoas com declínio do estado de saúde, como resultado de doenças agudas e crónicas. Apesar de ser natural algum declínio funcional ao longo do processo de envelhecimento há, na atualidade, um consenso generalizado que a adoção de um estilo de vida saudável é fundamental para a manutenção da saúde e para a longevidade, bem como no controlo das doenças crónicas pré-existentes.

Partindo da questão de investigação: “O que determina a promoção e a adoção de estilos de vida favorecedores de um envelhecimento saudável, no Baixo Alentejo?” e tendo como norteadores os conceitos de estilo de vida saudável, envelhecimento saudável, bem como o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, esta investigação foi realizada com base em dois estudos distintos mas complementares. O primeiro estudo pretendeu compreender, na perspetiva de profissionais de saúde e representantes das autarquias, como se processa a promoção de estilos de vida saudáveis, tendo sido desenvolvido com recurso a uma metodologia qualitativa: análise qualitativa de conteúdo das catorze entrevistas semiestruturadas realizadas. O segundo estudo teve como objetivo identificar a forma como os diferentes fatores influenciam a adoção de um estilo de vida promotor da saúde, numa amostra de 894 pessoas de meia-idade, da sub-região do Baixo Alentejo, através de uma metodologia de natureza correlacional.

Da análise das entrevistas, destaca-se que a promoção de estilos de vida saudáveis faz parte das práticas desenvolvidas quer em contexto de consulta nos cuidados de saúde primários, quer nas intervenções comunitárias. As parcerias, a participação ativa dos cidadãos e a avaliação da eficácia são consideradas essenciais no desenvolvimento das intervenções comunitárias, apesar das dificuldades evidenciadas. Os achados revelam que os fatores que influenciam o desenvolvimento das intervenções podem estar relacionados com os participantes, com os profissionais, com a intervenção ou com as organizações. Importa destacar que a maioria das intervenções tem como participantes as crianças e os idosos, evidenciando-se dificuldades na participação das pessoas em idade ativa. Os resultados do segundo estudo confirmam que, na sub-região do Baixo Alentejo, as pessoas de meia-idade participam pouco nas intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis e evidenciam um estilo de vida onde a componente promotora de saúde apresenta resultados negativos, com particular evidência para a atividade física (sobretudo nas mulheres), e onde a componente de risco assume aspetos preocupantes: elevada prevalência de pré-obesidade e obesidade, acompanhada da prevalência de algumas doenças crónicas o que nos homens é ainda potenciada por uma maior prevalência de comportamentos de risco (consumo de tabaco e álcool) e nas mulheres por uma pior autoperceção do estado de saúde. Confirma-se o proposto pelo Modelo de Promoção da Saúde: os fatores pessoais - biológicos, psicológico (autoperceção da saúde) e socioculturais bem como a autoeficácia influenciam a adoção de um Estilo de Vida Promotor de Saúde. O papel dos enfermeiros na promoção de estilos de vida saudáveis aparece evidenciado.

Tendo em conta estes resultados importa reforçar as intervenções promotoras de um envelhecimento saudável ao longo da vida que, especificamente na meia-idade, devem ser conjugadas com intervenções de mudança comportamental. Importa que sejam adotadas metodologias e estratégias que favoreçam a participação ativa e a adesão das pessoas em idade ativa às intervenções. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender foi um importante referencial para este estudo pelo que sugerimos que seja utilizado para o planeamento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde, Estilos de vida saudáveis; Envelhecimento saudável, Enfermagem

## ABSTRACT

Portugal integrates in the present the list of the most aged countries of the world and Alentejo constitutes, for several years, the most aged region of the whole national territory, and also presents the most elevated percentage of persons with decline of the level of health, as a result of acute and chronic conditions. Although some functional decline is natural throughout the aging process, there is, in the present, a generalized consensus that the adoption of a healthy lifestyle is essential for the maintenance of health and for longevity, as well as for the control of pre-existing chronic diseases.

Considering the research topic: "What determines the promotion and adoption of lifestyles conducive to a healthy aging in the Baixo Alentejo?" and guided by the concepts of healthy lifestyle, healthy aging, as well as the Nola Pender's Health Promotion Model, this research was carried out based on two distinct but complementary studies. The first study intended to understand, in the perspective of health professionals and representatives of local authorities, how the promotion of healthy lifestyles is prosecuted. It was developed with resource to a qualitative methodology: qualitative content analysis of the fourteen semi-structured interviews conducted. The second study aimed to identify how the different factors influence the adoption of a health-promoting lifestyle, in a sample of 894 middle-aged people, from the Baixo Alentejo sub-region, through a correlational methodology.

From the analysis of the interviews, it is highlighted that the promotion of healthy lifestyles is part of the practices developed both in the context of consultation in primary health care and in community interventions. Partnerships, active citizen participation and evaluation of effectiveness are considered essential in the development of community interventions, despite the difficulties encountered. The findings reveal that the factors that influence the development of the interventions may be related to the participants, to the professionals, to the intervention or to the organizations. The majority of the interventions have as participants the children and the elderly, evidencing difficulties in the participation of people in active age. The results of the second study confirm that, in the sub-region of Baixo Alentejo, middle-aged people have little participation in the interventions to promote healthy lifestyles and evidence a lifestyle where the health promotion component presents negative results, with particular evidence for the physical activity (especially in women), and where the risk component assumes worrying aspects: high prevalence of overweight and obesity, accompanied by the prevalence of some chronic diseases which in men is exacerbated by a higher prevalence of risk behavior (tobacco and alcohol consumption) and in women by a worse self-rated health status. The proposal of the Health Promotion Model was confirmed: personal factors - biological, psychological (self-perception of health) and sociocultural as well as self-efficacy influence the adoption of a health promoting lifestyle. The role of nurses in healthy lifestyles promotion was emphasized.

In view of these results, it is important to reinforce life course interventions that promote healthy ageing, and specifically in middle age, in conjunction with behavioral change interventions. It is important to adopt methodologies and strategies that favor the active participation and the compliance of the persons in active age to the interventions. The Nola Pender's Health Promotion Model was an important referential for this study and we suggest that it be used to plan interventions to promote healthy lifestyles.

**Keywords:** Health Promotion, Healthy lifestyles; Healthy Aging; Nursing

## ÍNDICE GERAL

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1. ENVELHECIMENTO: UM DESAFIO DA ATUALIDADE .....</b>	<b>9</b>
1.1. ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL.....	9
1.1.1. <i>O adulto de meia-idade .....</i>	<i>12</i>
1.2. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO .....	15
1.2.1. <i>Da transição epidemiológica aos fatores de risco das doenças crónicas .....</i>	<i>20</i>
1.3. ENVELHECER COM SAÚDE: PRINCIPAIS CONCEITOS .....	29
<b>2. PROMOÇÃO DA SAÚDE .....</b>	<b>32</b>
2.1. A SAÚDE E OS SEUS DETERMINANTES .....	32
2.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE: DAS PRIMEIRAS DEFINIÇÕES À ATUALIDADE .....	36
2.2.1. <i>Políticas promotoras de saúde .....</i>	<i>40</i>
2.2.2. <i>Cuidados de Saúde Primários .....</i>	<i>48</i>
2.3. PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS .....	57
2.3.1. <i>Adoção de comportamentos promotores de saúde .....</i>	<i>58</i>
2.3.2. <i>Redução dos comportamentos de risco.....</i>	<i>65</i>
2.4. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E A PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	66
2.4.1. <i>O Modelo de promoção da saúde .....</i>	<i>69</i>
2.4.2. <i>A Enfermagem e a promoção do envelhecimento saudável .....</i>	<i>74</i>
<b>3. MAPA CONCEPTUAL.....</b>	<b>78</b>
<b>PARTE II - PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>79</b>
<b>1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO .....</b>	<b>81</b>
<b>2. OPÇÕES METODOLÓGICAS: TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS.....</b>	<b>87</b>
<b>3. ESTUDO QUALITATIVO: PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS .....</b>	<b>89</b>
3.1. PARTICIPANTES.....	89
3.2. RECOLHA DE DADOS: PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS.....	91
3.3. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS .....	93
<b>4. ESTUDO QUANTITATIVO: ESTILOS DE VIDA DAS PESSOAS DE MEIA-IDADE .....</b>	<b>95</b>
4.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	95
4.2. VARIÁVEIS .....	97
4.3. RECOLHA DE DADOS: PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS.....	102
4.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS .....	103
4.4.1. <i>Modelo de análise do estudo quantitativo.....</i>	<i>104</i>
<b>5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>105</b>

<b>PARTE III - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>107</b>
<b>1. PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS .....</b>	<b>109</b>
1.1. INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS .....	109
1.1.1. Contexto das intervenções .....	110
1.1.2. Iniciativa as intervenções .....	112
1.1.3. Continuidade das intervenções .....	113
1.1.4. Orientação das intervenções .....	114
1.1.5. Colaboração intersectorial para o desenvolvimento das intervenções .....	116
1.1.6. Colaboração entre serviços de saúde para o desenvolvimento das intervenções .....	119
1.1.7. Participação dos cidadãos no planeamento, implementação e avaliação das intervenções .....	120
1.2. EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES NA ADOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS .....	122
1.2.1. Avaliação da eficácia das Intervenções .....	122
1.2.2. Estratégias para aumentar a eficácia .....	124
1.3. FATORES QUE INFLUENCIAM AS INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS .....	127
1.3.1. Fatores relacionados com os participantes .....	128
1.3.2. Fatores relacionados com os profissionais .....	134
1.3.3. Fatores relacionados com as intervenções .....	136
1.3.4. Fatores relacionados com as organizações .....	136
1.4. AMBIENTE FACILITADOR DE ESCOLHAS SAUDÁVEIS .....	138
1.4.1. Ambiente promotor da atividade física .....	139
1.4.2. Ambiente promotor da alimentação saudável .....	140
1.4.3. Barreiras no acesso a escolhas saudáveis .....	141
1.5. PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS .....	141
1.5.1. Papel do Enfermeiro na interação com as pessoas, famílias e comunidades .....	142
1.5.2. Papel do Enfermeiro na Interação com os outros profissionais .....	143
1.5.3. Papel do Enfermeiro na liderança .....	144
1.6. SÍNTESE DOS ACHADOS E DISCUSSÃO .....	144
<b>2. ESTILOS DE VIDA DAS PESSOAS DE MEIA-IDADE .....</b>	<b>158</b>
2.1. ANÁLISE DESCRITIVA .....	158
2.1.1. Fatores pessoais biológicos .....	159
2.1.2. Fator pessoal psicológico – Autopercepção do estado de saúde .....	161
2.1.3. Fatores pessoais socioculturais .....	162
2.1.4. Autoeficácia percebida .....	165
2.1.5. Influências interpessoais .....	166
2.1.6. Comportamentos de risco: Consumo de tabaco e álcool .....	170
2.1.7. Comportamentos promotores de saúde .....	172
2.2. ANÁLISE INFERENCIAL .....	180
2.2.1. Relação entre os fatores pessoais biológicos e o estilo de vida promotor de saúde .....	184
2.2.2. Relação entre o fator pessoal psicológico: autopercepção do estado de saúde e o estilo de vida promotor de saúde .....	185

2.2.3. <i>Relação entre os fatores pessoais socioculturais e o estilo de vida promotor de saúde</i>	185
2.2.4. <i>Relação entre a autoeficácia percebida e o estilo de vida promotor de saúde</i>	188
2.2.5. <i>Relação entre as influências interpessoais e o estilo de vida promotor de saúde</i>	188
2.2.6. <i>Relação entre os comportamentos de risco e o estilo de vida promotor de saúde</i>	189
2.1.7. <i>Relação entre as diferentes componentes do estilo de vida promotor de saúde</i>	189
2.3. SÍNTESE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	190
<b>PARTE IV - CONCLUSÕES, CONTRIBUTOS E LIMITAÇÕES</b>	<b>203</b>
<b>1. CONCLUSÕES, CONTRIBUTOS E LIMITAÇÕES</b>	<b>205</b>
1.1. SÍNTESE GERAL E CONCLUSÕES	205
1.2. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	217
1.3. IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO DA ENFERMAGEM	220
1.4. IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO	221
1.5. LIMITAÇÕES	222
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>225</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>251</b>
<b>ANEXO 1 - GUIÃO DA ENTREVISTA (PROFISSIONAIS)</b>	<b>253</b>
<b>ANEXO 2 – TRANSCRIÇÃO DE UMA ENTREVISTA</b>	<b>257</b>
<b>ANEXO 3 - FÓRMULA DE CÁLCULO DA AMOSTRA TEÓRICA</b>	<b>267</b>
<b>ANEXO 4 – HPLP II - SCORING INSTRUCTIONS</b>	<b>271</b>
<b>ANEXO 5 – AUTORIZAÇÕES PARA USAR A ESCALA HPLPII</b>	<b>275</b>
<b>ANEXO 6 – QUESTIONÁRIO (PESSOAS DE MEIA-IDADE)</b>	<b>279</b>
<b>ANEXO 7 - CONSENTIMENTO INFORMADO (PESSOAS DE MEIA-IDADE)</b>	<b>287</b>
<b>ANEXO 8 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DOS ESTUDOS</b>	<b>291</b>
<b>ANEXO 9 - AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DOS ESTUDOS COM PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA</b>	<b>295</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde – HPM.....	71
Figura 2 - Mapa Conceptual .....	78
Figura 3 – Sub-Região do Baixo Alentejo (NUTS III) / Área de influência da ULSBA.....	83
Figura 4 - Modelo de análise do estudo quantitativo, baseado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender .....	104



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação tendo em conta a idade cronológica .....	12
Tabela 2 - Indicadores relativos aos recursos humanos dos Centros de Saúde do Baixo Alentejo .....	84
Tabela 3 - Projetos de intervenção comunitária em desenvolvimento nas Unidades Funcionais do ACESBA (2014) .....	86
Tabela 4 - Caracterização dos profissionais entrevistados .....	90
Tabela 5 - População de meia-idade e população total inscrita nas unidades funcionais do ACESBA..	95
Tabela 6 - Amostra final por subgrupo etário, unidade funcional e respetiva taxa de resposta .....	97
Tabela 7 - Classificação Internacional de Baixo Peso, Excesso de Peso e Obesidade para adultos, com base no IMC (WHO) .....	99
Tabela 8 - Matriz de análise dos dados emergentes das entrevistas.....	109
Tabela 9 - Subcategorias, indicadores e unidades de enumeração relativos à Categoria: Intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis .....	110
Tabela 10 - Subcategorias, indicadores e unidades de enumeração relativos à Categoria: Eficácia das intervenções na adoção de estilos de vida saudáveis.....	122
Tabela 11 - Subcategorias, indicadores e unidades de enumeração relativos à Categoria: Fatores que influenciam as intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis .....	127
Tabela 12 - Subcategorias, indicadores e unidades de enumeração relativos à Categoria: Ambiente facilitador de escolhas saudáveis.....	139
Tabela 13 - Subcategorias, indicadores e unidades de enumeração relativos à Categoria: Papel do Enfermeiro na Promoção de estilos de vida saudáveis.....	142
Tabela 14 - Teste de Normalidade das variáveis quantitativas: Teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors.....	158
Tabela 15 - Cruzamento da variável Classe de IMC com a variável Género.....	159
Tabela 16 - Síntese da análise descritiva dos Fatores pessoais biológicos .....	161
Tabela 17 - Síntese da análise descritiva dos Fatores pessoais psicológicos.....	161
Tabela 18 - Cruzamento da variável Autoperceção do estado de saúde com a variáveis: Género e Existência de doença crónica .....	162
Tabela 19 - Distribuição da amostra por Concelho de residência.....	163
Tabela 20 - Síntese da análise descritiva dos Fatores pessoais socioculturais .....	165
Tabela 21 - Síntese da análise descritiva relativa à Autoeficácia.....	166
Tabela 22 – Cruzamento da variável Utilização do Centro de Saúde (nos últimos 12 meses) com as variáveis Género e Existência de doença crónica.....	168

Tabela 23 - Síntese da análise descritiva das Influências interpessoais.....	169
Tabela 24 - Cruzamento da variável Consumo de tabaco com a variável Género.....	170
Tabela 25 - Cruzamento da variável classificação do Consumo de álcool com a variável Género.....	172
Tabela 26 - Síntese da análise descritiva das variáveis relativas aos Comportamentos de risco.....	172
Tabela 27 - Síntese da análise descritiva do Perfil de estilo de vida promotor de saúde [PEVPS].....	173
Tabela 28 - Síntese da análise descritiva bivariada: PEVPS por Fatores pessoais biológicos e por Fator pessoal psicológico.....	174
Tabela 29 - Síntese da Análise descritiva bivariada: PEVPS por Fatores pessoais sócio culturais.....	176
Tabela 30 - Síntese da Análise descritiva bivariada: PEVPS por Autoeficácia percebida (Questões 1 e 2) .....	178
Tabela 31 - Síntese da Análise descritiva bivariada: PEVPS por Influências interpessoais .....	179
Tabela 32 - Síntese da Análise descritiva bivariada: PEVPS por Comportamentos de risco.....	180
Tabela 33 - Correlação Bivariada entre as variáveis quantitativas e qualitativas ordinais em estudo (n=894) através do Coeficiente de Correlação de Spearman.....	183
Tabela 34 - Resultados do Teste Mann-Whitney: Relação entre o Estilo de vida promotor de saúde e as variáveis Género e Existência de doença crónica .....	184
Tabela 35 - Resultados do Teste Kruskal-Wallis: Relação entre o Estilo de vida promotor de saúde e o Local de residência .....	186
Tabela 36 - Resultados do Teste Kruskal-Wallis: Relação entre o Estilo de vida promotor de saúde e as variáveis Estado civil e Tipo de família .....	186
Tabela 37 - Resultados do Teste Kruskal-Wallis: Relação entre o Estilo de vida promotor de saúde e as variáveis Grupo profissional e Situação profissional .....	188
Tabela 38 - Resultados do Teste Kruskal-Wallis: Relação entre o Estilo de vida promotor de saúde e o Consumo de tabaco .....	189

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução do Índice de Envelhecimento dos concelhos do Baixo Alentejo (2001 - 2015).....	83
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por classe de IMC .....	159
Gráfico 3 - Distribuição da amostra por número de doenças crónicas relatadas .....	160
Gráfico 4 - Distribuição da amostra pela razão do consumo habitual de medicamentos .....	160
Gráfico 5 - Distribuição da amostra por Estado Civil .....	163
Gráfico 6 - Distribuição da amostra por Nível de Escolaridade .....	164
Gráfico 7 - Distribuição da amostra por Grupo Profissional .....	164
Gráfico 8 - Participação em atividades de grupo de promoção de Estilos de Vida Saudáveis por género .....	167
Gráfico 9 - Entidades ou Profissionais que organizaram as atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis .....	167
Gráfico 10 - Profissional do Centro de Saúde que deu informação sobre estilos de vida saudáveis ..	168
Gráfico 11 - Outros serviços de saúde que deram informação sobre estilos de vida saudáveis .....	169
Gráfico 12 - Classificação do Consumo de Álcool segundo AUDIT C.....	171



# INTRODUÇÃO

A atenção para as questões do envelhecimento cresceu nas últimas décadas como resultado das alterações demográficas verificadas ao longo do século XX. O envelhecimento populacional, tal como o envelhecimento individual, é um processo que adquiriu uma dimensão mundial. A Europa é o continente mais afetado pelo envelhecimento demográfico e, neste contexto, Portugal integra na atualidade a lista dos países mais envelhecidos do mundo, situação bem diferente da que se verificava há 50 anos (Rosa & Chitas, 2010).

O Alentejo, que é a região com menor densidade populacional de Portugal continental, constitui, desde há alguns anos, a região mais envelhecida de todo o território nacional (Santana, Alves, Couceiro & Santos, 2008; INE, 2012a) apresentando, de acordo com os Censos de 2011, a mais elevada percentagem de idosos, o maior índice de envelhecimento, bem como o maior índice de longevidade<sup>1</sup> de todo o território nacional, sendo que mais de 50% da população idosa tem mais de 75 anos (INE, 2012a). No que respeita à esperança de vida à nascença e aos 65 anos, a região Alentejo tem acompanhando a evolução crescente registada neste indicador em Portugal continental, no entanto a sub-região do Baixo Alentejo continua a apresentar a menor esperança de vida ao nascer e aos 65 anos de todo o território nacional continental (Santana et al., 2008; ARSA, 2012). O Alentejo apresenta, também, a mais elevada percentagem de pessoas com declínio do estado de saúde, como resultado de doenças agudas e crónicas, revelando uma maior necessidade de cuidados de saúde (Santana et al., 2008).

É inegável que ao processo de envelhecimento individual se associe um aumento dos riscos da incidência de inúmeras doenças, quer pelo próprio processo biológico, quer por uma maior exposição a agentes patogénicos, agressões ambientais e traumatismos, havendo entre os mais velhos uma maior incidência e prevalência de doenças crónicas e de incapacidades, que resultam numa maior procura dos serviços de saúde – maior número de consultas, maior tempo médio de internamento (Oxley, 2009; Lima, 2010).

Porque afetam a qualidade de vida<sup>2</sup> das pessoas e as economias dos países – devido a perda de produtividade, morte ou incapacidades prematuras e pelos custos do seu tratamento – as

---

<sup>1</sup> O **Índice de Longevidade** é o número de pessoas com 75 e mais anos por cada 100 pessoas com 65 e mais anos. Quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população idosa (PORDATA).

<sup>2</sup> **Qualidade de vida** é definida como a perceção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito abrangente que incorpora de forma complexa a saúde física, o estado psicológico, o nível de autonomia, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as principais características do ambiente. A OMS identificou seis grandes domínios que descrevem aspetos fundamentais da qualidade de vida: domínio físico, domínio psicológico, nível de autonomia, relações sociais, ambiente e crenças pessoais/espiritualidade. A qualidade de vida reflete a perceção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas e que não lhes estão sendo

doenças crônicas têm de ser objeto de permanente reflexão por parte do poder político. Esta nova realidade demográfica e epidemiológica acarreta inúmeros desafios para muitos setores da sociedade, mas particularmente para os sistemas de saúde e de apoio social, que são constantemente pressionados face às necessidades crescentes de uma população envelhecida, com múltiplos diagnósticos, com dependência crescente, traduzidas na exigência de uma maior e melhor assistência nos cuidados prestados e de uma resposta adequada em termos de rede de suporte social (DGS, 2004; Oxley, 2009; Lima, 2010; Rosa & Chitas, 2010; Hughes & Pearson, 2013). Há, no entanto, um consenso generalizado que esse impacto pode ser minimizado mantendo as pessoas saudáveis, autónomas e independentes por um período o mais longo possível (Drennan, Illiffe, Haworth, Tai, Lenihan & Deave, 2005; Ming, Gao & Pusari, 2006; Oxley, 2009; Davim, Araújo, Nunes, Alchieri, Silva & Carvalho, 2010; OMS, 2015). Devido ao seu início insidioso muito ligado a aspetos comportamentais e ao estilo de vida, as doenças crônicas apresentam também múltiplas oportunidades de ações preventivas requerendo uma abordagem sistemática e continuada por parte dos serviços de saúde (Darnton-Hill, Nishida & James, 2004; Loureiro & Miranda, 2010).

É reconhecido, atualmente, que um estilo de vida saudável é mais influente do que os fatores genéticos na manutenção da saúde ao longo do processo de envelhecimento e que, embora o risco de doença e incapacidade aumente com a idade, uma saúde precária não necessita de ser uma consequência inevitável do envelhecimento (Nuñez, Armbruster, Phillips & Gale, 2003; Oxley, 2009, OMS, 2015).

Apesar das diretrizes internacionais para que se implementem políticas promotoras de saúde continuam a persistir disparidades, prevalecendo uma sociedade pouco promotora de estilos de vida saudáveis, que se vê confrontada com o aumento exponencial da prevalência das doenças crônicas que, numa fase mais tardia da vida, se traduzem, na maioria das vezes, em incapacidade. Como consequência, nos cuidados de saúde o maior investimento continua a ser centrado nos cuidados curativos em detrimento dos cuidados de promoção da saúde e de prevenção primária da doença.

O progressivo envelhecimento populacional das nossas sociedades deverá ser visto como um fenómeno positivo e uma oportunidade para se colocar o foco numa perspetiva positiva de promoção da saúde ao longo da vida (Runciman, Watson, McIntosh & Tolson, 2006), onde as intervenções de promoção da saúde associadas a eficazes medidas de prevenção da doença aumentam a capacitação dos cidadãos e a consciência social de que cada indivíduo é o principal promotor da sua saúde (Nuñez et al., 2003; Runciman et al., 2006; Davim et al., 2010). Este papel crucial que é atribuído aos indivíduos na determinação e na manutenção do seu estado de saúde deriva do facto do autocuidado ser o modo dominante de cuidar da saúde na nossa sociedade. *“Muitas decisões pessoais são feitas diariamente dando forma ao estilo de vida e aos ambientes*

---

*negadas oportunidades de alcançar felicidade e satisfação, independentemente do estado de saúde física ou das condições sociais e económicas (Nutbeam, 1998).*

*sociais e físicos. A promoção da saúde ao nível individual melhora a tomada de decisão individual e as práticas de saúde”* (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011, p. 6).

Neste contexto importa que o foco dos cuidados e das políticas de saúde não sejam apenas as pessoas idosas ou as pessoas doentes, devendo ser adotada uma abordagem mais ampla, direcionada para a promoção da saúde, colocando o foco na melhoria dos estilos de vida das pessoas de todas as idades e nos determinantes biológicos, sociais e políticos, num esforço individual e coletivo (Hughes & Pearson, 2013).

A adoção de um estilo de vida saudável ao longo da vida e a sua manutenção efetiva em períodos de transição como a meia-idade são essenciais para potenciar a saúde dos indivíduos, contribuindo também para um maior controlo e gestão das situações crónicas, prevenindo a maioria das complicações que lhe são inerentes e reduzindo a sobrecarga financeira sobre o sistema de saúde (WHO, 2003; Darnton-Hill et al., 2004). A idade adulta é vista como uma fase fundamental para manter o foco na promoção de estilos de vida saudáveis e para se atuar ao nível da prevenção das doenças crónicas, sendo reconhecido que o estilo de vida adotado até e durante a meia-idade terá um grande impacto na saúde em idade mais avançada (Hartman-Stein & Potkanowicz, 2003; Sanders, 2006; Papalia, Olds & Feldman, 2006) e de que nunca é tarde para se adotarem estilos de vida saudáveis (Nuñez et al., 2003; Davim et al., 2010).

Devido à sua acessibilidade, continuidade e abrangência, os cuidados de saúde primários [CSP] foram identificados como um contexto adequado para o desenvolvimento de intervenções que permitam promover e otimizar a saúde das pessoas ao longo da vida (Whitlock, Orleans, Pender & Allan, 2002; Runciman et al., 2006; Laws et al., 2010). Os enfermeiros, que atuam em contexto de CSP e na comunidade, são os profissionais de saúde identificados na literatura como estando numa posição privilegiada para liderar e desenvolver intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis (Nuñez et al., 2003; Smith & Bazini-Barakat, 2003; Manthorpe, Maim & Stubbs, 2004; Drennan et al., 2005; Runciman et al., 2006; Ming et al., 2006; Laws et al., 2008; Ward & Verinder, 2008; Laws et al., 2010; Benton, 2012; Kadioglu, Albayrak & Esin, 2013; Ventura, Mendes, Fumincelli & Trevizan, 2015; ICN, 2016). No entanto a efetividade dessas intervenções não estão suficientemente documentadas (Laws et al., 2010) e o trabalho dos enfermeiros nem sempre está suficientemente visível ou documentado não sendo por isso reconhecido (Runciman et al., 2006).

O papel dos municípios é cada vez mais determinante ao nível da promoção de estilos de vida saudáveis, não só porque oferecem ambientes de suporte promotores de uma vida saudável mas também porque são, por excelência, os parceiros de outras organizações comunitárias e dos cuidados de saúde para a realização de atividades promotoras de saúde (Loureiro & Miranda, 2010). Em Portugal, a participação dos municípios em questões tradicionalmente relacionadas com o sector da saúde não é muito expressiva e só desde há cerca de duas décadas um número relativamente pequeno de municípios se envolveu de forma explícita neste aspeto da vida dos cidadãos (Loureiro, Miranda & Miguel, 2013).

Tendo em conta o referido anteriormente, o nosso interesse direciona-se para o estudo da promoção e da adoção de estilos de vida saudáveis de uma forma geral e em particular nos adultos de meia-idade<sup>3</sup> sentindo como pertinente desenvolver esta investigação no Baixo Alentejo, sub-região que se apresenta como uma das mais envelhecidas do nosso país e também aquela onde a esperança de vida é menor, evidenciando uma grande necessidade de cuidados de saúde devido à elevada prevalência de doenças crónicas. Outra razão que nos levou a esta escolha foi o facto de residirmos nesta sub-região e de nela termos sempre desenvolvido a nossa atividade profissional, primeiro nos CSP e atualmente no Ensino. Estas escolhas foram reforçadas pelas revisões sistemáticas da literatura que realizámos inicialmente e das constantes revisões e atualizações que sentimos necessidade de fazer ao longo desta investigação.

Para as políticas públicas saudáveis<sup>4</sup> ou, como refere atualmente a Organização Mundial da Saúde [OMS], a saúde em todas as políticas (WHO, 2013a), a acessibilidade a cuidados de saúde<sup>5</sup> que favoreçam a literacia em saúde<sup>6</sup> são condições imprescindíveis para a promoção da saúde ao longo das etapas de vida e de um consequente envelhecimento saudável. Os CSP são, pelas suas características, onde se destaca a proximidade e a acessibilidade, e pelas estratégias localmente adotadas, os cuidados de saúde que podem contribuir decisivamente para a promoção da saúde das pessoas de todas as idades e para os almejados ganhos em saúde. Colocam-se assim algumas questões: Estarão os Centros de Saúde do Baixo Alentejo a prestar esse contributo através do desenvolvimento de projetos e atividades que promovam os estilos de vida saudáveis? Que projetos ou atividades de promoção de estilos de vida saudáveis estarão a ser desenvolvidos ao longo da vida e em particular com as pessoas de meia-idade? Que fatores interferem no desenvolvimento desses projetos e atividades e na adoção de estilos de vida saudáveis?

A nossa experiência profissional permite-nos ter consciência de que, no Baixo Alentejo, os enfermeiros têm sido – sobretudo desde os finais da década de oitenta do século XX – os

---

<sup>3</sup> A **meia-idade** é considerada no âmbito desta investigação, cronologicamente, como a idade compreendida entre os 45 e os 64 anos de acordo com a classificação de Spirduso (2004).

<sup>4</sup> Uma **política pública saudável** é caracterizada por uma preocupação explícita com a saúde e a equidade em todas as áreas da política e pela responsabilização pelo seu impacto na saúde. O objetivo principal de uma política pública saudável é criar um ambiente de apoio que permita às pessoas levar uma vida saudável. Tal política torna as escolhas saudáveis possíveis ou mais fáceis para os cidadãos, torna os ambientes sociais e físicos favoráveis à saúde (Nutbeam, 1998).

<sup>5</sup> O **acesso a cuidados de saúde** é definido no PNS 2012-2016 como “a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado” (Ministério da Saúde, 2012b, p. 2), Levesque, Harris e Russel (2013) acrescentam que o acesso aos cuidados de saúde é a oportunidade de alcançar e obter serviços de saúde adequados em situações de perceção da necessidade de cuidados, o que significa que o acesso aos cuidados resulta da interação entre aspetos ligados à oferta de cuidados de saúde (proximidade, aceitabilidade, disponibilidade de instalações, acessibilidade financeira e adequabilidade) e aspetos ligados à procura de cuidados de saúde (capacidade de perceber, capacidade de procurar, capacidade de alcançar, capacidade de pagar e capacidade de se envolver) (OPSS, 2015).

<sup>6</sup> “**Health Literacy** is the ability to make sound health decisions in the context of everyday life – at home, in the community, at the workplace, in the health care system, the market place and the political arena. It is a critical empowerment strategy to increase people’s control over their health, their ability to seek out information and their ability to take responsibility” (Kickbusch, Wait & Maag, 2005, p. 8).



profissionais que mais se destacam nas atividades de promoção da saúde, quer no contexto comunitário quer nas consultas individuais. Também a literatura internacional considera os enfermeiros como tendo um papel de destaque para atuar ao nível da promoção da saúde das pessoas e das comunidades, o que nos leva a questionar: Estará o papel dos enfermeiros, neste domínio, suficientemente visível sendo destacado na perspetiva dos próprios, dos outros profissionais e dos utentes?

Para uma efetiva promoção da saúde é necessário que os ambientes onde as pessoas vivem, estudam e trabalham estimulem e suportem a sua prática pois como defendeu Nancy Milio a escolha mais saudável deve tornar-se a escolha mais fácil (Loureiro & Miranda, 2010). Será que, na perspetiva dos profissionais, as comunidades do Baixo Alentejo são promotoras da saúde, favorecendo a escolha mais saudável?

De acordo com Pender et al. (2011) os principais componentes de um estilo de vida promotor da saúde são: a responsabilidade em saúde; a atividade física; a nutrição; as relações interpessoais; o crescimento espiritual e a gestão do *stress*. Colocam-se assim algumas questões: Será o estilo de vida adotado, no quotidiano, pelas pessoas de meia-idade residentes no Baixo Alentejo, promotor de saúde? E esse estilo de vida será homogéneo em todas as componentes atrás referidas ou será que alguma delas prepondera ou é negligenciada?

Os estilos de vida das pessoas adultas são temas pouco investigados. Estudos que utilizam o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender mostram que o estilo de vida promotor de saúde é influenciado por fatores biológicos, fatores psicológicos e fatores socioculturais bem como pela autoeficácia percebida. Como se relacionam os diferentes fatores com o estilo de vida, nas pessoas de meia-idade residentes no Baixo Alentejo?

Assim, com base em toda a problemática anteriormente exposta e tendo como suporte a revisão da literatura realizada, formulámos o seguinte **pergunta de investigação**: O que determina a promoção e a adoção de estilos de vida favorecedores de um envelhecimento saudável, no Baixo Alentejo?

Temos como **finalidade** contribuir para um conhecimento mais profundo relativamente à promoção e à adoção de estilos de vida saudáveis e aos seus determinantes, tendo em vista um envelhecimento saudável.

Como **objetivos gerais** definimos:

- Compreender como se processa a promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo;
- Identificar a forma como os diferentes fatores influenciam a adoção de estilos de vida promotores de saúde das pessoas de meia-idade do Baixo Alentejo.

Consideramos ainda que esta investigação poderá ser o ponto de partida para intervenções de promoção da saúde ao longo da vida mais adequadas e ajustadas à realidade.

Tendo em conta os objetivos delineados para esta investigação, decidimos realizar dois estudos distintos mas complementares. O primeiro estudo, de natureza qualitativa, pretende dar resposta ao primeiro objetivo e teve como participantes profissionais de saúde e representantes dos municípios, que exercem a sua atividade profissional num dos concelhos do Baixo Alentejo. Para o segundo estudo, de base populacional, na sub-região do Baixo Alentejo e que procura dar resposta ao segundo objetivo, escolhemos a população de meia-idade residente nessa sub-região e inscrita nos Centros de Saúde do ACESBA.

Esta tese encontra-se dividida em quatro partes. Na continuidade desta Introdução, a primeira parte corresponde ao enquadramento do estudo e encontra-se dividida em quatro capítulos, no primeiro aborda-se o desafio colocado, na atualidade, pelos fenómenos de envelhecimento da população e de transição epidemiológica, e a consequente necessidade da promoção do envelhecimento saudável, no segundo capítulo aborda-se a Promoção da Saúde dando-se particular relevância às políticas promotoras de saúde, à promoção de estilos de vida saudáveis bem como aos cuidados de enfermagem como promotores da saúde e do envelhecimento saudável, evidência resultante da revisão sistemática da literatura realizada. Por último, apresentamos o mapa conceptual, que sintetiza os principais conceitos norteadores desta investigação.

Na segunda parte procedemos à explanação do percurso metodológico, partindo da caracterização do contexto para as opções metodológicas em geral e dos dois estudos realizados (Estudo Qualitativo: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis; Estudo Quantitativo: Estilos de vida das pessoas de meia-idade) relativamente aos participantes, procedimentos de recolha e análise de dados, finalizamos com as considerações éticas.

Na terceira parte apresentamos a parte empírica onde se expõem e analisam os resultados de ambos os estudos seguida da sua síntese e discussão.

Na última parte, são apresentadas as principais conclusões obtidas, colocando ênfase na resposta aos objetivos definidos, prosseguindo com os seus contributos para a prática, para o ensino e para a investigação, finalizamos com a apresentação das limitações desta investigação. Da estrutura da tese fazem ainda parte as referências bibliográficas.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO**



## 1. ENVELHECIMENTO: UM DESAFIO DA ATUALIDADE

O envelhecimento pode ser analisado segundo duas perspetivas: individualmente diz respeito a uma maior longevidade, ou seja, uma maior esperança de vida, e à consequente diminuição da capacidade funcional<sup>7</sup> dos indivíduos; o envelhecimento demográfico, por outro lado, refere-se ao aumento da proporção da população idosa<sup>8</sup> na população total, em detrimento da população jovem<sup>9</sup> e/ou em detrimento da população em idade ativa<sup>10</sup> (INE, 2002). Esta dupla dimensão do envelhecimento requer a adoção de uma perspetiva multidisciplinar de integração de conhecimentos para uma correta e eficiente avaliação das medidas políticas a desenhar (Bárrios & Fernandes, 2014) e das intervenções a realizar.

O envelhecimento e a consciência de que uma vida mais longa se traduz em maiores necessidades individuais e sociais são grandes desafios colocados aos sistemas de saúde e social bem como aos indivíduos, famílias e comunidades, implicando um maior investimento individual e coletivo para que uma maior longevidade possa ser acompanhada de mais saúde.

Pretendemos neste capítulo enquadrar o envelhecimento individual e o envelhecimento demográfico e os desafios que estes colocam. Abordamos também a transição epidemiológica, traduzida numa maior prevalência de doenças crónicas que implicam uma ação nos seus principais determinantes. Terminamos dando destaque aos conceitos que procuram dar resposta a estes fenómenos através de uma abordagem positiva do envelhecimento.

### 1.1. ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL

O processo de envelhecimento ocorre geralmente de forma natural mas individualizada, através de um processo diferencial que se pode analisar de forma objetiva (e. g., degradação física, alterações percetivas e mnésicas) e de forma subjetiva através da representação individual do próprio envelhecimento (Fontaine, 2000; Spirduso, 2004; Squire, 2005). Cada pessoa deve ser vista como um ser único que é afetado ao longo da vida por fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais e económicos que, isoladamente ou combinados, vão influenciar a forma como se envelhece e a saúde

---

<sup>7</sup> **Capacidade funcional:** Compreende os atributos relacionados com a saúde que permitem à pessoa ser e fazer o que é importante para ela. Integra a capacidade intrínseca da pessoa (combinação de todas as características físicas e mentais) e as características do ambiente (incluem uma série de fatores que abarcam o ambiente construído: as pessoas e as suas relações; as atitudes e os valores; as políticas de saúde e sociais; os sistemas que as sustentam e os serviços que prestam) que afetam essa capacidade, bem como as interações entre a pessoa e essas características (WHO, 2015a).

<sup>8</sup> **População idosa:** Definida em termos estatísticos como a população com idade igual ou superior a 65 anos (INE).

<sup>9</sup> **População jovem:** Definida em termos estatísticos como a população com idade compreendida entre os 0 e os 14 anos (INE).

<sup>10</sup> **População em idade ativa:** Definida em termos estatísticos como a população com idade compreendida entre os 15 e os 64 anos (INE).

e a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento (Squire, 2005; Rocha, Nogueira & Cesario, 2009).

A condição de ser idoso compreende-se na sequência das histórias de vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. As várias formas de envelhecer incluem idosos bem-sucedidos e ativos, mas também idosos incapazes, com autonomia limitada pela doença e pelo contexto onde vivem (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005, p. 75).

Ao conceito de envelhecimento individual estão subjacentes os **conceitos de envelhecimento biológico, psicológico e social** (INE, 2002).

O **envelhecimento biológico** é descrito como um conjunto de processos, que ocorrem nos seres vivos e que, com o passar do tempo, levam a uma diminuição da capacidade de adaptação e da capacidade funcional e, finalmente à morte (Spirduso, 2004), sendo importante reforçar que este processo não é linear nem uniforme (WHO, 2015a). O conceito de envelhecimento biológico está relacionado com o conceito de longevidade<sup>11</sup> sendo que à medida que esta aumenta, a probabilidade de morrer também aumenta (Almeida, 2012).

De acordo com as diferentes teorias explicativas do envelhecimento biológico, as modificações biológicas ocorrem como o resultado de agressões ambientais ou como resultado de alterações geneticamente determinadas (Fernandes, 2007; Fonseca, 2013) que levam à perda da resposta adaptativa do corpo às situações de *stress*, a um aumento do risco de doenças e a um aumento da probabilidade de morrer devido a algumas dessas doenças (INE, 2002; OMS, 2002; DGS, 2006a, WHO, 2015a). Algumas alterações fisiológicas ligadas ao envelhecimento (e.g. alterações na estrutura cardiovascular, um declínio lento mas progressivo na massa muscular e diminuição da força) podem ser prevenidas e/ou retardadas através da manutenção de um estilo de vida saudável (Hartman-Stein & Potkanowicz, 2003).

A existência de diversas teorias sobre o envelhecimento biológico: Teoria das mudanças neurodegenerativas; Teorias biológicas; Teorias das mudanças típicas; Teorias de desenvolvimento genético; Teorias estocásticas; Teorias neuropsicológicas, expressa a multicausalidade e complexidade deste fenómeno (Fonseca, 2013).

O **envelhecimento psicológico** abrange a segunda metade da vida, podendo a meia-idade ser vista como a sua porta de entrada, e envolve ajustamentos individuais face às mudanças que ocorrem nos aspetos físicos, cognitivos e emocionais bem como nas relações interpessoais, familiares e profissionais (Fonseca, 2012) e as suas consequências negativas podem ser prevenidas através da manutenção de atividades estimulantes ao nível cognitivo, físico e social, bem como através de atividades que estimulem a criatividade<sup>12</sup> (Hartman-Stein & Potkanowicz, 2003; Flood & Scharer,

---

<sup>11</sup> **Longevidade** - Representa a duração da vida de um organismo e depende da progressão do envelhecimento biológico (Almeida, 2012).

<sup>12</sup> A **criatividade**, definida como uma habilidade pessoal para criar coisas novas ou originais: produtos, ideias, invenções ou objetos artísticos, pode desempenhar um importante papel na promoção do envelhecimento

2006; Thompson & Voss, 2009; Williams & Kemper, 2010). Existe também um grande grupo de teorias explicativas das alterações que ocorrem ao nível psicológico: Teoria da compensação; Teoria da seletividade socio-emocional; Teoria das trocas sociais; Teoria do desenvolvimento do ciclo de vida; Teoria motivacional do ciclo de vida; e Teorias cognitivas (Fonseca, 2013).

No conceito de **envelhecimento social** estão agrupadas as mudanças sociais que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento: alteração de papéis e de posição social bem como a perda de pessoas próximas, sendo comum encontrarem-se situações deficitárias ao nível das relações familiares ou sociais (WHO, 2015a). A estes aspetos associam-se frequentemente situações de discriminação social com base na idade, uma maior vulnerabilidade à pobreza (INE, 2002), uma saúde física mais frágil e também algumas características individuais que podem ser vivenciadas de forma diferente em cada um dos géneros. Ser do género feminino aparece como uma desvantagem quando se fala de longevidade mantendo a saúde e a autonomia, pois à maior longevidade associa-se uma maior prevalência de incapacidade nas mulheres, que declaram mais sintomas psicológicos, requerem mais consultas médicas e tratamentos do que os homens (Manthorpe et al., 2004; Sawatzky & Naimark, 2005; Papalia et al., 2006; Ozaki, Chiyama, Tagaya, Ohida & Ogihara, 2007; OMS, 2007; Bartali et al., 2008; Zhang et al., 2011), existindo evidência que os determinantes socioeconómicos têm profundas implicações no envelhecimento das mulheres: maior risco de pobreza e de isolamento social (Sawatzky & Naimark, 2005). São considerados como fatores protetores para o envelhecimento saudável alguns determinantes sociais como a existência de suporte social<sup>13</sup>, oportunidades de educação e aprendizagem permanente, a paz e a proteção contra a violência e maus tratos, considerando que a solidão, o isolamento social, o analfabetismo e a iliteracia, os maus tratos e a exposição a situações de conflito aumentam muito os riscos de incapacidade e morte precoce (OMS, 2005a).

Procurando explicar as alterações sociais que ocorrem com o processo de envelhecimento surgiram diferentes teorias: Teoria do desligamento; Teoria da atividade; Teoria da subcultura; Teoria da continuidade; Teoria do colapso social e das competências; Teoria das trocas; Teoria do curso de vida; Teorias feministas (Fonseca, 2013).

Tendo em conta o apresentado anteriormente, no contexto desta investigação, definimos o **conceito de envelhecimento individual** como um conjunto de processos que ocorrem ao longo da vida, produzindo alterações ao nível fisiológico, psicológico e social que afetam a autonomia e a saúde dos indivíduos sendo influenciado por determinantes biológicos, ambientais e comportamentais.

---

saudável, pois quanto mais criativas forem as pessoas maiores possibilidades têm de se adaptar efetivamente ao declínio psicológico e físico relacionado com o envelhecimento (Flood & Scharer, 2006).

<sup>13</sup> **Suporte social** - Pode incluir apoio emocional, partilha de informações e fornecimento de recursos e serviços materiais. O apoio social é amplamente reconhecido como um importante determinante da saúde. Este suporte disponível para os indivíduos e grupos no seio das comunidades pode funcionar como um amortecedor contra eventos e condições de vida adversos, e pode fornecer um recurso positivo para melhorar a qualidade de vida (Nutbeam, 1998).

### 1.1.1. O adulto de meia-idade

A medida mais comumente usada para caracterizar o envelhecimento é a idade cronológica, ou seja, a quantidade de tempo vivido a partir do nascimento (Spirduso, 2004). Uma classificação tendo por base a idade cronológica é de muita utilidade para estudos que envolvam uma etapa específica da vida por isso, tendo em conta o nosso interesse por estudar o estilo de vida das pessoas de meia-idade, tornou-se vital optar por uma classificação cronológica que tornasse mais objetiva a definição da população alvo. Atendendo às dificuldades relativas à definição dos limites cronológicos da meia-idade, que encontramos na literatura consultada, optámos pela classificação proposta por Spirduso (2004), para países desenvolvidos, que considera **adulto de meia-idade, a pessoa com idade compreendida entre os 45 e os 64 anos** (Tabela 1).

**Tabela 1 - Classificação tendo em conta a idade cronológica**

Idade cronológica	Classificação
0-2 Anos	Bebé
3-12 Anos	Criança
13-17 Anos	Adolescentes
18-24 Anos	Adulto jovem
25-44 Anos	Adulto
<b>45-64 Anos</b>	<b>Adulto de meia-idade</b>
65-74 Anos	Idoso – jovem
75-84 Anos	Idoso
85-99 Anos	Idoso - idoso
Acima de 100 anos	Idoso – muito idoso

Fonte: Adaptado de Spirduso (2004)

O conceito de ciclo de vida é uma construção social, aceite por determinada sociedade numa determinada época, com base em perceções ou suposições subjetivas compartilhadas, nesse sentido, o conceito de meia-idade é também um conceito socialmente construído e utilizado a partir do início do século XX na Europa e nos Estados Unidos da América [EUA]. É um conceito contemporâneo e específico da nossa sociedade, não sendo a meia-idade vista como uma etapa separada quando a longevidade era menor e tão pouco é considerada em algumas sociedades pré industriais contemporâneas, onde não há uma clara mudança de papéis entre a idade adulta e a velhice (Papalia et al., 2006).

A análise do conceito de meia-idade não tem recebido uma grande atenção em contraste com os extremos do ciclo de vida: a infância e a velhice, mas o crescente interesse, na atualidade, em diferenciar a meia-idade como um período do desenvolvimento humano está relacionado com a necessidade de otimização do envelhecimento pois ao *“identificar as raízes do envelhecimento mais cedo na idade adulta, pode ser possível retardar, minimizar ou prevenir algumas das mudanças no funcionamento biológico, psicológico e social que ocorrem mais tarde na vida”* (Lachman, 2004, p. 307), estando também relacionado com o facto de, na atualidade, os adultos de meia-idade



representarem o maior grupo etário na Europa e nos EUA tornando-se por isso alvo de um maior interesse público e científico (Lachman, 2004; Martin & Zimprich, 2005).

Até há bem pouco tempo, a maioria da investigação envolvendo este grupo etário estava relacionada com outros grupos etários ou com problemas específicos relacionados com o trabalho ou com a família, por exemplo os adultos de meia-idade enquanto cuidadores de adultos mais velhos (Lachman, 2004; Wahl & Kruse, 2005; Papalia et al., 2006). São apontadas como razões para que este período da vida tenha sido pouco investigado: a suposição de que este é um período de quietude com poucas alterações; as dificuldades relativas à diversidade de experiências e vivências individuais e ainda a dificuldade de aceder a participantes de meia-idade porque estão muito ocupados com a sua vida profissional e familiar (Lachman, 2004).

À medida que se investiga este período da vida torna-se mais evidente que retratar a meia-idade é de facto uma tarefa complexa, tendo em conta a diversidade de experiências e vivências individuais (e. g., pessoas da mesma idade poderão estar em fases diferentes da vida no que diz respeito à família: enquanto uns estão a ser pais pela primeira vez, outros terão filhos crescidos e até netos e outros poderão ter decidido não ter filhos). É, no entanto, possível caracterizar a meia-idade de uma forma mais geral atendendo aos desafios e tarefas-chave que são comuns e específicos desta etapa de vida, que serve também de preparação para a etapa seguinte (Lachman, 2004) uma vez que o limite superior da meia-idade está associado ao início da velhice e da idade da reforma (Wahl & Kruse, 2005; Papalia et al., 2006).

Apesar das dificuldades de generalização referidas, é consensual, para todos os autores consultados, que a meia-idade é um período onde acontecem alterações ao nível do desenvolvimento biológico e psicossocial.

**Desenvolvimento biológico:** tornam-se perceptíveis durante a meia-idade algumas mudanças sensoriais (e.g., perda auditiva gradual; diminuição da sensibilidade gustativa e olfativa; diminuição da sensibilidade ao tato e à dor mantendo-se a sua função protetora através de uma menor tolerância à dor), estruturais (diminuição gradual da coordenação e da força muscular; perda óssea; alterações na pele e cabelos; aumento do peso corporal; diminuição da altura devido à contração dos discos vertebrais) e sistémicas que podem levar ao surgimento de algumas doenças crónicas (Papalia et al., 2006). Estas alterações surgem como resultado do envelhecimento biológico e da constituição genética mas também de fatores comportamentais, pois o estilo de vida adotado nos anos anteriores afeta o que acontece na meia-idade e nas fases posteriores (Hartman-Stein & Potkanowicz, 2003, Sanders, 2006; Papalia et al., 2006).

As mulheres são neste período confrontadas com a menopausa que representa um marco biológico importante: o fim da sua capacidade reprodutiva, aspeto que para muitas mulheres é *“um sinal de transição para a segunda metade da vida adulta - uma época de mudanças de papéis, de maior independência e crescimento pessoal”* (Papalia et al., 2006, p. 594) mas que na nossa sociedade é associado a muitos transtornos físicos e psicológicos (Fagulha, 2005; Papalia et al., 2006).

Surgem frequentemente na meia-idade doenças crónicas ou outros problemas de saúde que tomam os indivíduos de surpresa e que, apesar de serem tratáveis e controlados através de medicamentos, medidas nutricionais ou outras medidas comportamentais, podem funcionar como um gatilho, que despoleta angústia, porque assinalam o envelhecimento, que não é desejado ou valorizado na nossa cultura. No entanto, o surgimento de uma doença no próprio ou em alguém próximo pode desencadear uma nova forma de ver a vida e levar a mudanças na forma como as pessoas de meia-idade gerem o seu tempo e as suas prioridades (Lachman, 2004) e também a alterações positivas no seu estilo de vida (Phaneuf, 2001; Pender et al, 2011).

**Desenvolvimento psicossocial:** As alterações psicológicas e sociais associadas à meia-idade são geralmente positivas, podendo incluir uma melhor regulação emocional e aumento da sabedoria e da inteligência prática ou um forte sentido de domínio, pois a maioria das capacidades mentais atinge o seu máximo na meia-idade, a perícia e a capacidade de resolução de problemas práticos são acentuadas (Lachman, 2004). Para alguns adultos de meia-idade a aprendizagem formal é uma realidade (por necessidade profissional ou por vontade de aperfeiçoamento associada a uma maior disponibilidade de tempo) (Papalia et al., 2006) mas para outros a aquisição de novos conhecimentos e habilidades torna-se menos importante sendo dada prioridade a questões de significado e à espiritualidade (Wahl & Kruse, 2005) o que irá implicar uma interiorização que pode ser perturbadora, levando a uma perda momentânea de referências (Papalia et al., 2006). O tempo de lazer normalmente desempenha um papel secundário na vida das pessoas de meia-idade pois uma quantidade crescente de tempo é gasto fazendo malabarismos com os múltiplos papéis de forma a conseguir um equilíbrio entre trabalho, família, os interesses pessoais e as necessidades de saúde (Zal, 1993; Lachman, 2004).

A passagem para a meia-idade é descrita como um período de transição desencadeado pelo confronto com o fim da juventude e a necessidade de criação de uma nova estrutura que comporta o 'ainda ser novo' mas estar a envelhecer, essa estrutura irá desenvolver-se de forma progressiva numa tomada de posição numa outra geração, situada entre a geração dos filhos, que se estão a tornar adultos, e a dos pais, que estão a entrar em declínio (Gonçalves, Fagulha & Ferreira, 2005).

Esta transição para a meia-idade tem como principais tarefas de desenvolvimento: reavaliar o passado; fazer escolhas que modificam a estrutura de vida atual e começar a planear a próxima fase; e lidar com os diferentes aspetos que são fonte de divisão na sua vida (Grossbaum & Bates, 2002; Fagulha, 2005; Papalia et al., 2006).

Esta transição é considerada por diversos autores como um período de alguma dificuldade onde vários aspetos da vida são colocados em causa (Dannefer, 1984) o que pode ser potenciado por alguns eventos da vida como a doença, a perda de emprego, os problemas financeiros ou o divórcio (Lachman, 2004) e pela multiplicidade de papéis que o adulto de meia-idade tem de desempenhar e que podem ser geradores de *stress*, que pode ainda ser potenciado pela dupla responsabilidade de cuidar dos filhos e dos pais idosos, pela saída dos filhos mais velhos de casa ou então pelo retorno de filhos adultos ao lar, aspeto que se pode tornar problemático: *“Sérios conflitos ou hostilidade*

*claramente expressa podem surgir quando um jovem adulto está desempregado e é financeiramente dependente ou retornou depois de um casamento fracassado”* (Papalia et al., 2006, p. 546).

A meia-idade é assim, considerada uma das transições do desenvolvimento humano, onde surgem também transições situacionais ligadas às mudanças de papéis específicas deste período de vida, devendo ser considerada como uma mudança qualitativa, como um período que oferece um substancial potencial de desenvolvimento psicológico e de crescimento pessoal (Wahl & Kruse, 2005; Papalia et al., 2006). A forma como esta transição é vivida influencia fortemente a forma como o indivíduo aceita e se adapta ao envelhecimento (Papalia et al., 2006), pelo que apoio profissional e informações para auxiliar a tomada de decisão podem ser úteis (Manthorpe et al., 2004).

No contexto deste estudo adota-se como **conceito de transição**: a passagem de uma fase da vida, condição, ou estado para outro, referindo-se tanto à vivência do processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente, traduzidos numa mudança de conceções acerca de si mesmo e do mundo, o que corresponderá a uma mudança no comportamento do indivíduo e nas suas relações com o meio envolvente (Meleis, 2010; Fonseca, 2012). Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserida num determinado contexto e situação. As características da transição incluem o processo, a perceção da alteração e os padrões de resposta (Chick & Meleis, 1986; Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis, 2010). *“Quando a pessoa atingiu um período de maior estabilidade, devido ao crescimento relativamente ao que aconteceu antes, considera-se que completou a transição”* (Basto, 2012, p. 9). O conceito de transição é muito importante para a Enfermagem, pois os enfermeiros ao centrarem-se nos indivíduos e nas suas experiências de vida podem agir como facilitadores dos seus processos de transição, tendo como resultado uma melhor saúde e bem-estar (Meleis, 2010; Meleis, Sawyer, Im, Messias & Shumacher, 2000).

Sendo a meia-idade é vista como um período para fazer um balanço, para reavaliar objetivos e aspirações, perceber o que já foi realizado e decidir como utilizar a parte restante do ciclo de vida (Grossbaum & Bates, 2002; Fagulha, 2005; Papalia et al., 2006) o seu estudo é essencial, numa perspetiva de intervenção e de prevenção para que se possa viver melhor este período e o seguinte (Fagulha, 2005).

## 1.2. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O fenómeno do envelhecimento populacional resulta da transição demográfica, que é definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, dando origem ao estreitamento da base da pirâmide etária, com a redução de efetivos jovens, e ao alargamento do topo, com o acréscimo de efetivos idosos (INE, 2002). A diminuição do Índice Sintético de Fecundidade<sup>14</sup> que leva ao

---

<sup>14</sup> **Índice Sintético de Fecundidade** - Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no

estreitamento da base da pirâmide: envelhecimento de base, tem consequências sobretudo a longo prazo, ao nível das gerações ativas futuras e no dinamismo no mercado de trabalho; enquanto o alargamento do topo da pirâmide: envelhecimento de topo, repercute-se a curto prazo, dependendo o seu grau da maior ou menor longevidade da população (INE, 2002).

O processo de envelhecimento demográfico apesar de assumir neste momento uma dimensão mundial não evoluiu de forma uniforme em todas as regiões do Mundo, pois foram as regiões mais desenvolvidas que iniciaram primeiro o fenómeno da transição demográfica (INE, 2002). A Europa é a região onde o envelhecimento demográfico assume uma maior intensidade e Portugal, tal como todos os países desenvolvidos, apresenta um envelhecimento demográfico que se vem acentuando ao longo dos últimos anos e que se prevê que continue a acentuar-se, integrando neste momento a lista dos países mais envelhecidos do mundo (Rosa & Chitas, 2010; ONU, 2015) e estimando-se que em 2060 existam em Portugal mais de três milhões de idosos (mais que quadruplicando face a 1960). Num cenário onde a população residente em Portugal tende a diminuir (passando dos atuais 10,5 para 8,6 milhões de residentes) é expectável um continuado e forte envelhecimento demográfico, onde devido ao aumento da população idosa e à diminuição da população jovem e em idade ativa, o índice de envelhecimento continuará a subir (projetando-se que, entre 2012 e 2060, o índice de envelhecimento aumente de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens) e o índice de sustentabilidade potencial <sup>15</sup> continuará a diminuir (projetando-se que, no mesmo período, o índice de sustentabilidade potencial passe de 340 para 149 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos) (INE, 2014a).

A estrutura etária da população portuguesa, de acordo com os Censos 2011, acentuou os desequilíbrios já apresentados na operação censitária anterior: diminuiu a população mais jovem e cresceu a população idosa. A perda populacional dá-se nos grupos etários até aos 29 anos, tendo havido crescimento em todos os grupos maiores de 30 anos. Agravou-se o fosso entre jovens e idosos: enquanto a percentagem de jovens diminuiu 1% na última década, a percentagem de idosos aumentou 3% no mesmo período de tempo (INE, 2012a). Situação que tem sido agravada nos últimos anos, pois face à crise económica, assiste-se a uma acentuação da emigração dos mais jovens que procuram emprego noutros países (OPSS, 2015).

*“Em consequência das diferentes dinâmicas regionais, e à semelhança do que se verifica no Mundo, também no território nacional a distribuição da população idosa não é homogénea”* (INE, 2002, p. 9). De facto, apesar do agravamento do envelhecimento populacional ter vindo a percorrer todo o território nacional, deixando de ser um fenómeno específico do interior, continuamos a ter um interior mais envelhecido e desertificado, onde aos fenómenos de aumento da esperança média de vida e de redução da natalidade, se associam fenómenos migratórios (INE, 2012a). O Alentejo <sup>16</sup> foi a

---

momento. Valor resultante da soma das taxas de fecundidade por idades, ano a ano ou grupos quinquenais, entre os 15 e os 49 anos, observadas num determinado período (habitualmente um ano civil) (INE).

<sup>15</sup> **Índice de sustentabilidade potencial** – quociente entre o número de pessoas em idade ativa por 100 pessoas idosas (INE, 2014a)

<sup>16</sup> A **Região Alentejo** engloba o Alto Alentejo, o Alentejo Central, o Baixo Alentejo e o Alentejo Litoral.

região que perdeu mais efetivos entre as duas últimas operações censitárias, apresentando em 2011 menos 19 283 pessoas face a 2001 (INE, 2012a). As maiores perdas populacionais ocorreram nas sub-regiões do Alto Alentejo (6,8%) e do Baixo Alentejo (6,2%) (INE, 2012b). Relativamente à densidade populacional<sup>17</sup> o Alto Alentejo, o Alentejo Litoral e o Baixo Alentejo encontram-se entre as sub-regiões estatísticas menos povoadas apresentando uma densidade populacional entre 15-20 hab/km<sup>2</sup> (INE, 2012a).

A região Alentejo é, de acordo com os Censos 2011, uma das menos representadas por jovens (13,6%) e onde existem mais idosos (24,2%), acentuando a tendência já evidente em 2001, onde era apresentada como a região mais envelhecida de todo o território nacional, registando a maior proporção de idosos: 22,3% e, simultaneamente, a mais baixa proporção de jovens (13,7%) (INE, 2012a; INE, 2012b).

O aumento da Esperança de vida à nascença<sup>18</sup> foi uma das maiores conquistas do século XX em todos os países desenvolvidos, tendo nos últimos anos sido alcançados globalmente ganhos significativos: um aumento de cerca de 3 anos entre 2000-2005 e 2010-2015 (ONU, 2015). Em Portugal, a Esperança de vida à nascença duplicou em menos de um século (INE, 2008). *“A esperança de viver dos Portugueses, em termos de probabilidade, quer à nascença quer aos 65 anos de idade, atingiu níveis que traduzem enormes ganhos e que certamente refletem as iniciativas de sucesso desenvolvidas em múltiplos sectores, especialmente nos últimos 30 anos.”* (George, 2012, p. 61). No triénio 2013-2015 manteve-se a tendência de aumento da longevidade, com a Esperança de vida à nascença para os indivíduos residentes em Portugal estimada em 79,78 anos manifestando uma subida em relação ao período antecedente (2010-2012) de 76,47 anos para 77,36 para os homens e de 82,43 para 83,23 para as mulheres. No mesmo período, a Esperança média de vida aos 65 anos<sup>19</sup> para o total da população residente em Portugal era de 19,19 anos, sendo de 17,32 anos para os homens e 20,67 anos para as mulheres. É, no entanto, de assinalar que, apesar de as mulheres continuarem a viver mais anos do que os homens, a expectativa de vida de homens e de mulheres tem vindo a aproximar-se, com os maiores ganhos a registarem-se na população masculina (INE, 2016a).

O facto de se viver mais anos implica uma maior probabilidade de se adquirir uma incapacidade de longa duração. Os indivíduos entre os 45 e os 49 anos, podem esperar viver, em média, mais 35,6 anos, dos quais 25,4 anos sem nenhum tipo de incapacidade<sup>20</sup> de longa duração, ou

---

<sup>17</sup> **Densidade populacional** - Intensidade do povoamento expressa pela relação entre o número de habitantes de uma área territorial determinada e a superfície desse território (habitualmente expressa em número de habitantes por quilómetro quadrado) (INE).

<sup>18</sup> **Esperança de Vida à Nascença** - Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento (INE).

<sup>19</sup> **Esperança de vida aos 65 anos** - Número médio de anos que uma pessoa que atinja a idade de 65 anos pode esperar ainda viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento (INE).

<sup>20</sup> **Incapacidade** - Ausência ou limitação da capacidade para funcionar estando comprometida a realização sem ajuda de determinadas funções e atividades pessoais relacionadas com a vida diária, afetando a autossuficiência e originando uma desvantagem para funcionar em sociedade face a outros (INE).

seja 71% da esperança de vida neste grupo etário. Esta proporção vai diminuindo com a idade, indivíduos que atinjam os 85 anos de idade têm uma esperança de vida de 5,6 anos; destes, em média, 1,6 anos serão passados sem nenhum tipo de incapacidade de longa duração (INE, 2008).

Os Censos 2011 foram a primeira operação censitária a tratar a questão da incapacidade, através de uma autoavaliação da dificuldade na realização das atividades diárias. Sendo de assinalar que cerca de 17,8% (no Alentejo esta proporção era de 20,9%) da população com cinco ou mais anos de idade declarou ter muita dificuldade, ou não conseguir realizar, pelo menos, uma das seis atividades diárias – ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender). Este indicador sobe para 49,5% (no Alentejo esta proporção era de 52,6%) na população com 65 ou mais anos (INE, 2012a; INE, 2012b). Sendo a percentagem de mulheres nesta situação (24,5%) superior à dos homens (17%) (INE, 2012b).

A esperança de vida saudável aos 65 anos<sup>21</sup> era em Portugal (em 2012) de 9,9 anos para homens e de 9,0 anos para as mulheres, valores inferiores ao melhor valor dos países da União Europeia (Suécia com 13,9 anos para homens e de 15,2 anos para mulheres, em 2011) e nesse sentido no PNS 2020 define-se como uma das Metas para 2020: Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30% (Ministério da Saúde, 2015).

Em 2011, o Índice de Envelhecimento<sup>22</sup> da população nacional agravou-se para 128 idosos por cada 100 jovens (era 102 em 2001), sendo a região Alentejo a mais envelhecida com um Índice de Envelhecimento de 178 idosos por cada 100 jovens (INE, 2012a). As diferenças entre os géneros continuam a ser evidentes sendo o envelhecimento mais notório nas mulheres, em consequência do fenómeno da sobremortalidade masculina: em 2011, o Índice de Envelhecimento era de 105 para os homens e de 152 para as mulheres (INE, 2012a), em 2001 estes valores eram de 84 para os homens e 122 para as mulheres (INE, 2002).

Quanto ao Índice de Longevidade<sup>23</sup>, em 2011 este índice era de 48 (contra 41 em 2001 e 39 em 1991) refletindo assim o crescente aumento da esperança de vida e mantendo o fenómeno do envelhecimento da própria população idosa. Mais uma vez este indicador é superior no caso das mulheres (44 para os homens e 51 para as mulheres). O Alentejo é a única região, onde o Índice de Longevidade já ultrapassa os 50 (cerca de 52), o que significa que a maioria da população idosa tem mais de 75 anos (INE, 2012a).

---

<sup>21</sup> **Esperança de vida saudável aos 65 anos ou Esperança de vida sem incapacidade ou Anos de vida saudável** - Número de anos que uma pessoa de 65 anos pode esperar viver em condições de vida saudável. Uma condição saudável é definida pela ausência de limitações funcionais/incapacidade. Por conseguinte, o indicador é também designado como esperança de vida sem incapacidade física (Eurostat).

<sup>22</sup> **Índice de Envelhecimento** - Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 pessoas dos 0 aos 14 anos) (INE).

<sup>23</sup> **Índice de Longevidade** - Relação entre a população mais idosa e a população idosa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos (expressa habitualmente por 100 pessoas com 65 ou mais anos) (INE).

De acordo com todos os indicadores apresentados é possível afirmar que atingimos um patamar sem precedentes na história da humanidade, onde uma proporção cada vez maior de pessoas da mesma geração atingem idades mais elevadas, num modelo de baixa mortalidade onde a propensão para morrer se concentra tendencialmente numa faixa etária mais estreita e tardia (Fernandes, 2007; Oliveira 2010).

O crescimento da Esperança de vida tem consequências diretas a nível individual, familiar e social, colocando questões relativamente à *“organização e estruturação do ciclo de vida, nas idades da vida, nas relações intergeracionais, de trabalho e de lazer e ao nível das necessidades de suporte familiar e social”* (Bárrios & Fernandes, 2014, p. 189). Se por um lado há o reconhecimento de que uma sociedade constituída por pessoas mais velhas fará surgir diferentes oportunidades em diversos domínios: novas atividades económicas e profissionais, sobretudo ao nível da prestação de serviços comunitários e redes de solidariedade; novos padrões de consumo ao nível de serviços e produtos adequados a consumidores mais velhos e também ambientes e arquitetónicas diferentes. Por outro lado existem questões cada vez mais relevantes, em termos sociais, como a idade da reforma, os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente. De facto, os níveis correspondentes às idades mais produtivas economicamente começam a ser insuficientes para manter as populações dependentes<sup>24</sup> tornando-se imperativo a criação de respostas que respondam às crescentes necessidades dessas populações (INE, 2002; WHO, 2015a).

Sendo de assinalar o previsível aumento dos gastos públicos relacionados com o envelhecimento populacional: pensões, cuidados de saúde e cuidados continuados, que se acentuará se não houver uma manutenção da saúde individual por um período o mais longo possível (Drennan et al., 2005; Ming et al., 2006; Oxley, 2009; Davim et al., 2010), começa a ser valorizado, na atualidade, o contributo positivo que as pessoas mais velhas dão para a economia para além de outros contributos sociais e familiares igualmente importantes (Cook, 2011; WHO, 2012a; Rechel et al., 2013; OMS, 2014; OMS, 2015). Esse contributo será maior se as pessoas viverem num bom estado de saúde por um período o mais longo possível (OMS, 2015).

O desafio que o envelhecimento coloca na atualidade implica, ao nível da saúde, uma ação integrada direcionada para a mudança dos comportamentos e atitudes individuais e coletivas mas também para a adequada formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, ao mesmo tempo que se exige uma adequação dos serviços de saúde, sociais e familiares bem como um ajustamento do ambiente às fragilidades que frequentemente acompanham a idade avançada (DGS, 2006).

---

<sup>24</sup> **Populações Dependentes** incluem as pessoas em idade não ativa – ou seja a população jovem (0-14 anos) e a população idosa (65 e mais anos) (INE)



### 1.2.1. Da transição epidemiológica aos fatores de risco das doenças crónicas

Associada à transição demográfica é referida a transição epidemiológica<sup>25</sup> que, na atual fase, é caracterizada pelo aumento da prevalência das doenças crónicas. Em contraste com as primeiras fases da transição, onde prevaleciam as doenças infecciosas, responsáveis por elevados índices de mortalidade, sobretudo entre os mais jovens, com grandes consequências na esperança de vida, o padrão epidemiológico moderno acentua mais a morbilidade do que a mortalidade, sendo que esta atinge sobretudo a população adulta (Nogueira & Remoaldo, 2010), ocorrendo fundamentalmente em idades mais avançadas sendo as taxas de mortalidade nas idades mais jovens muito reduzidas (Oliveira, 2010). A elevada prevalência das doenças crónicas, cujas causas ainda não foram controladas, leva a que o aumento da esperança de vida seja acompanhado pela diminuição da esperança de vida saudável (Nogueira & Remoaldo, 2010).

Portugal teve uma transição epidemiológica tardia (já em pleno século XX) mas acelerada (durando apenas entre 70 a 90 anos) que se caracterizou por uma evolução exemplar de alguns indicadores de saúde, nomeadamente o declínio das taxas de mortalidade, sendo de destacar o exemplo da mortalidade infantil cujo declínio se iniciou nas regiões urbanas do litoral mas que rapidamente se tornou uniforme em todo o território nacional. Atualmente, no perfil epidemiológico português, destaca-se o contributo das doenças crónicas (Nogueira & Remoaldo, 2010).

São consideradas como doenças crónicas as doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para o seu controlo e eventual reabilitação, podendo exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (WHO, 2002c; WHO, 2015a). As doenças crónicas também são chamadas de doenças não transmissíveis ou de doenças relacionadas com os estilos de vida, sendo as principais (porque causam cerca de 80% das mortes por doença crónica, muitas delas prematuras): doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crónicas. É de assinalar que estas doenças partilham quatro fatores de risco, todos ligados ao estilo de vida: consumo de tabaco, alimentação inadequada, o sedentarismo e o consumo excessivo de álcool (Darnton-Hill et al., 2004; WHO, 2005a; Nogueira & Remoaldo, 2010; United Nations, 2011; OPAS, 2012; OPSS, 2012; Graça & Gregório, 2013).

As doenças crónicas, como o seu próprio nome indicia, acompanham a pessoa ao longo de muitos anos, estando por isso usualmente associadas a outras doenças crónicas, o que afeta a qualidade de vida da pessoa, representando vários desafios ao nível da promoção de comportamentos saudáveis, vigilância, organização e gestão de cuidados e da gestão da informação e do conhecimento (OPSS, 2012).

---

<sup>25</sup> O conceito de **transição epidemiológica** foi definido por Abdel Omram em 1971, e diz respeito às transformações ocorridas nos padrões de saúde e doença das populações e das interações destes com os níveis demográficos, sociais e económicos (Maia, 1997).



Em Portugal, em 2011, estimava-se que cerca de 40,5% da população entre os 15 e os 64 anos tivesse pelo menos uma doença crónica, sendo as mulheres mais afetadas (44,5%). O peso destas doenças evidenciava-se a partir dos 45 anos, afetando 51,9% das pessoas com idade dos 45 aos 54 anos, e 68,8% das pessoas dos 55 aos 64 anos, é também a partir dessa faixa etária, que a importância relativa das pessoas com duas ou mais doenças crónicas se revelava geralmente superior à das que tinham apenas uma, aspeto particularmente evidente na população feminina (INE, 2012c).

No Inquérito Nacional de Saúde [INS] 2005/2006 as doenças crónicas referidas com maior frequência eram: HTA, doenças reumáticas, dor crónica, depressão, diabetes, osteoporose e asma (INSA & INE, 2009). No INS 2014 as dores lombares constituíam a doença crónica referida com maior frequência (32,9%) pela população residente com 15 ou mais anos, sendo também elevadas as proporções de pessoas que referiram ter HTA (25,3%), dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço e artrose (24,1% nos dois casos), a depressão e a diabetes continuavam a estar entre as doenças crónicas mais referidas tendo evidenciando um aumento em relação ao INS anterior (a depressão passou de 9,7% em 2005/2005 para 11,7% em 2014, e a diabetes passou de 7,7% em 2005/2006 para 9,3%). De modo geral, no INS 2014, as doenças crónicas foram referidas, com maior frequência pelas mulheres comparativamente aos homens, sobretudo no caso das pessoas que referiram sofrer de artrose, dores cervicais, dores lombares e depressão, em que a diferença entre géneros foi superior a 10 p.p. (INE, 2016c). No que respeita à HTA houve um agravamento relativamente a 2015/2016 (de 23,4% para 25,3%), atingindo este problema de saúde sobretudo as mulheres, as pessoas com 65 a 74 anos e os residentes no Alentejo (INE, 2016c). Sendo, no entanto, de assinalar uma tendência decrescente da Taxa de mortalidade por doença cardiovascular, que apresentou pela primeira vez, em 2013, um valor inferior a 30% (DGS, 2016a).

O risco de sofrer de multimorbididades aumenta ao longo do envelhecimento trazendo um maior impacto no funcionamento, utilização e custos dos serviços de saúde, sendo até de considerar que o impacto da multimorbilidade é consideravelmente mais alto do que seria esperado pela soma dos efeitos de cada uma das doenças crónicas (Marengoni et al., 2011). Estima-se que, atualmente, cerca de 50 milhões de cidadãos da UE sofram de duas ou mais doenças crónicas, tendo a maior parte dessas pessoas mais de 65 anos (OCDE, 2016b). Na realidade as pessoas idosas podem apresentar cinco ou mais doenças crónicas concomitantemente (WHO, 2015a), havendo uma maior prevalência de multimorbilidade nas pessoas com baixo nível socioeconómico (Uijen & Van de Lisdonk, 2008; Marengoni et al., 2011; Wang et al., 2014) e nas mulheres, o que está sobretudo relacionado com o facto de estas terem uma maior esperança de vida (St Sauver et al., 2015).

No estudo sobre a multimorbilidade nas pessoas com mais de 50 anos, realizado em 2010-2011 em 16 países europeus, no âmbito do SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) verificava-se que em Portugal a maior prevalência de multimorbididades ocorre nas pessoas com 60 anos (WHO, 2015a). Esta elevada prevalência de pessoas com multimorbilidade levará

necessariamente a um novo modelo de prestação de cuidados onde sejam asseguradas as melhores estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Em 2001, de acordo com o Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2002) as doenças crónicas já contribuíam com aproximadamente 46% da mortalidade, sendo as doenças cardiovasculares a causa de cerca de metade dessas mortes, mas a diabetes e a obesidade<sup>26</sup> assumiam aspetos preocupantes, não apenas porque afetavam uma percentagem importante da população mas, sobretudo porque começavam a surgir em pessoas cada vez mais jovens. Em 2004, a OMS reconhecia que cerca de 60% das mortes em todo o mundo eram devidas a doenças crónicas não transmissíveis, que eram geradoras de 47% dos encargos gerais com a saúde, o que representava uma situação muito grave, quer ao nível da saúde pública quer ao nível socioeconómico, com tendência para se acentuar, estimando-se que essas percentagens, no ano de 2020, subissem para 73% e 60% respetivamente, se os determinantes das doenças crónicas não fossem prevenidos (WHO, 2005a; George, 2014).

Este enorme peso das doenças crónicas afeta profundamente a qualidade de vida dos cidadãos e também as economias dos países devido à perda de produtividade por morte ou incapacidades prematuras e por todos os custos que acarretam. Portugal, em 2009, apresentava uma taxa de mortalidade prematura<sup>27</sup> de 24,3% ou seja, um em cada quatro portugueses morria antes de completar 70 anos de idade (George, 2012), apesar desta taxa ter reduzido para 22,1% em 2014, é de assinalar que 25% das mortes prematuras são consideradas mortes evitáveis<sup>28</sup> e nesse sentido reduzir a morte prematura é considerado o principal desafio do atual PNS 2020 (DGS, 2015a).

Apesar da tendência decrescente da mortalidade por doenças cardiovasculares em países de desenvolvidos (Portugal incluído, como já tivemos oportunidade de referir) face a medidas preventivas, de tratamento e controlo, estas doenças crónicas ainda continuam a resultar em enfartes e AVC que afetam as pessoas em idade economicamente produtiva sendo responsáveis pela maior percentagem (39%) de mortalidade prematura relacionada com doenças crónicas, seguida pelas neoplasias (27%) que juntamente com as doenças respiratórias crónicas e a diabetes são responsáveis por quase 80% das mortes causadas por doenças crónicas (United Nations, 2011).

Tendo em conta o referido anteriormente importa compreender um pouco melhor os principais fatores de risco das doenças crónicas, sobretudo os quatro fatores de risco ligados ao estilo de vida, que são partilhados pelas principais doenças crónicas e que já tivemos oportunidade de

---

<sup>26</sup> A **obesidade** e **pré-obesidade** são definidas como condições em que existe uma acumulação anormal e/ou excessiva de massa gorda corporal, podendo resultar num agravamento do estado de saúde dos indivíduos. Segundo a OMS, ambas são diagnosticadas através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que se obtém dividindo-se o peso pelo quadrado da estatura ( $IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2$ ). Um valor de IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m<sup>2</sup> significa um estado de pré-obesidade, enquanto um IMC igual ou superior a 30,0 kg/m<sup>2</sup> confere um diagnóstico de obesidade (DGS, 2016b).

<sup>27</sup> **Mortalidade Prematura** – É definida como a mortalidade que ocorre antes dos 70 anos de idade (expressa em taxa), traduzindo a probabilidade de morrer antes dos 70 anos (INE).

<sup>28</sup> De acordo com Santana (2004) as **mortes evitáveis** são aquelas que poderiam não existir, quer através da intervenção dos cuidados médicos quer através de ações multisetoriais de prevenção da doença e de promoção da saúde.

referir: consumo de tabaco, alimentação inadequada, o sedentarismo e o consumo excessivo de álcool.

O processo de modernização, de urbanização e de transição económica que ocorreu na maioria dos países trouxe enormes melhorias no padrão de vida mas trouxe consigo mudanças culturais e sociais que acarretam uma série de consequências negativas ao nível dos comportamentos: sobretudo alterações ao nível da alimentação e da redução da atividade física (Darnton-Hill et al., 2004; OPSS, 2012).

Ao nível da atividade física a modernização trouxe um estilo de vida mais sedentário, quer no trabalho quer em casa, exigindo menor dispêndio de energia (Darnton-Hill et al., 2004). Portugal é um dos países europeus onde existe uma elevada prevalência de sedentarismo (Camões & Lopes, 2008), num estudo realizado em 2013 pelo Eurobarómetro, Portugal é apontado como um dos países onde se praticam menos atividades desportivas, com 64% dos inquiridos a referir nunca fazer desporto (European Commission, 2014). No INS 2014 é referido que a maioria da população (66%) com mais de 15 anos não praticava exercício físico regularmente e quando praticava, o mais frequente era uma prática de 1 a 2 vezes por semana. A prática regular de exercício físico era mais frequente nos homens (40,4% em relação a 30,0% nas mulheres) tanto em número de dias como em duração média por semana, e nos mais jovens (os jovens dos 15 aos 24 anos eram quem mais praticavam exercício físico regular: 60,5%, em contraste com a restante população 31,2%) (INE, 2016c). Nas pessoas mais velhas *“para compensar a tendência para a diminuição da atividade física, sobretudo ao nível profissional, que se observa com o avançar da idade deveria aumentar a atividade física de lazer e o exercício físico o que geralmente não é observado”* (Camões & Lopes, 2008, p. 214) pois, apesar dos benefícios físicos e psicológicos do incremento da atividade física ao longo do processo de envelhecimento, para as pessoas saudáveis ou portadoras de doenças crónicas, estarem largamente documentados a maioria continua sedentária (Conn, Minor, Burks, Rantz & Pomeroy, 2003; Hooker et al., 2005; Park et al., 2011).

Ao nível da alimentação, algumas mudanças na industrialização da produção de alimentos têm contribuído para o consumo de uma dieta rica em gordura (gordura saturada em particular) e em proteínas e pobre em hidratos de carbono complexos.

De acordo com as estimativas efetuadas no âmbito da Iniciativa GBD, em 2010, os hábitos alimentares inadequados em Portugal foram responsáveis por 11, 96% do total de anos de vida prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade, no sexo feminino, e por 15,27% no sexo masculino (GBD, 2013), expressos em DALY (Disability Adjusted Life years; 1 DALY corresponde à perda de um ano de vida saudável). Para ambos os sexos, os hábitos alimentares inadequados constituem o primeiro fator de risco de perda de anos de vida (DGS, 2014, p. 28).

Um aspeto a ressaltar é que a alimentação inadequada (a excessiva ingestão de energia proveniente de gordura de origem animal, de sal e o baixo consumo de substâncias protetoras presentes nos frutos e hortícolas) associada à inatividade física são os principais determinantes do

aparecimento de doenças crónicas e de obesidade em Portugal (DGS, 2014). Em 2008, as disponibilidades alimentares em Portugal colocavam em evidência uma dieta hipercalórica e uma roda dos alimentos distorcida, quando comparadas com as disponibilidades alimentares da década de 90, revelando uma tendência para um afastamento progressivo relativamente aos princípios básicos de uma dieta saudável no que diz respeito à variedade, equilíbrio e moderação. Uma análise posterior efetuada relativamente ao período de 2008-2012 revelava um aumento calórico de 2,1% em relação ao período anterior, mantendo-se um desequilíbrio face à Roda dos Alimentos bem como o excesso de consumo de produtos de origem animal (embora com tendência acentuada para um decréscimo) e de gorduras e o deficiente consumo de produtos hortícolas, frutos e leguminosas secas (INE, 2014b). Este desequilíbrio tornava-se preocupante uma vez que o consumo abundante de fruta e legumes age como fator protetor para as doenças cardíacas (Papalia et al., 2006) e reduz significativamente o risco de cancro em pessoas entre os 40 e os 80 anos (OMS, 2007), enquanto as gorduras saturadas são consideradas como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares e das neoplasias do cólon (Papalia et al., 2006). A comparação de resultados entre o INS 2005/2006 e o INS 2014 obtidos no 4º INS permite evidenciar um ligeiro decréscimo no consumo de peixe e de sopa nas refeições principais entre 2005 e 2014 e o acréscimo do consumo de bolos, chocolates ou sobremesas (com mais 10 p.p.), sobretudo entre os jovens (15-24 anos) (INE, 2016c). No que respeita ao consumo de fruta a tendência registada parece estar a alterar-se, no sentido de um maior consumo pois, em 2015, sete em cada dez portugueses consumia fruta diariamente o que colocava o nosso país no segundo lugar entre os países da UE, no caso dos vegetais continuava a existir um menor consumo, com apenas cinco em cada dez pessoas a consumir vegetais diariamente, o que colocava Portugal em 10.º lugar (OCDE, 2016b).

Para além de se configurar um problema de saúde em si mesmo, a pré-obesidade e a obesidade são também um fator de risco para outros problemas de saúde (e.g., HTA, diabetes, doenças cardiovasculares, problemas respiratórios, doenças músculo-esqueléticas, litíase biliar e alguns tipos de neoplasia), mas também do foro psicológico ou emocional pelo facto de vivermos numa sociedade que sobrevaloriza a aparência e a magreza (WHO, 2005b; Papalia et al., 2006), podendo ser até um fator de exclusão social (WHO, 2005b). A obesidade tem uma importante contribuição para a mortalidade precoce – é considerada a segunda causa de morte evitável, logo após o tabagismo (DGS, 2005) e acarreta também o aumento de gastos em saúde (responsável por 2 a 6% dos custos totais em saúde), fragilizando a sustentabilidade económica dos sistemas de saúde (WHO, 2005b, OPSS, 2014), razões que nos levam a considerar importante dar-lhe alguns destaque neste enquadramento.

A obesidade, que a OMS declarou como uma epidemia mundial (WHO, 1998) teve a sua prevalência mundial quase duplicada entre 1980 e 2008, sendo que em 2008, 35% dos adultos tinham pré-obesidade e em algumas regiões do mundo mais de 50% das mulheres têm pré-obesidade (United Nations, 2011). Em 2004, estimava-se que 20% das crianças e jovens europeus tinham pré-obesidade e que 40% a 70% destes viriam a ser adultos obesos (WHO, 2005b). Em

Portugal, os valores da obesidade e da pré-obesidade têm vindo a aumentar e, em 2014, mais de metade da população com 18 ou mais anos (52,8% – registando-se uma subida de cerca 2 p.p. relativamente ao INS 2005/2006 – 50,9%) tinha excesso de peso ou obesidade ( $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ), sendo que 16,9% estavam em situação de obesidade ( $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ). Apenas 44,0% da população inquirida tinha um índice de massa corporal correspondente à categoria de peso normal ( $\text{IMC}$  entre 18,5 e  $25 \text{ kg/m}^2$ ) e 1,8% tinham baixo peso ( $\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$ ) (INE, 2016c). Sendo ainda destacado que as mulheres, as pessoas dos grupos etários a partir dos 45 anos, as pessoas com baixos níveis de escolaridade e reformados eram as mais afetadas pelo excesso de peso/obesidade. Em termos regionais, no contexto continental o Alentejo é a região com a maior prevalência de obesidade (17,7%), com principal destaque para as mulheres (cerca de 20% das mulheres alentejanas têm obesidade) (INE, 2016c). No que respeita à obesidade infantil, Portugal é um dos países do espaço europeu com maior prevalência (é o terceiro país da UE com piores resultados) – 30% das crianças portuguesas apresentam excesso de peso e mais de 10% são obesas, havendo uma maior prevalência nas meninas o que contraria a tendência registada nos outros países (INE, 2016c; OCDE, 2016b).

A ligação entre o consumo de tabaco e a neoplasia do pulmão, que é uma das principais causas de morte, está bem estabelecida. Os hábitos tabágicos estão também associados à neoplasia da laringe, da boca, do esófago, da bexiga, do rim, do pâncreas e do colo do útero e também a problemas gastrointestinais como úlceras, a doenças respiratórias como bronquite e enfisema, à osteoporose e a doenças cardíacas (Papalia et al., 2006). Devido à multiplicidade e gravidade das doenças provocadas pelo tabagismo e à elevada proporção de pessoas expostas, este constitui, na atualidade, a primeira causa de doença e morte prematura evitáveis nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (DGS, 2012b). Se nada se fizer, estima-se que as mortes relacionadas com o consumo de tabaco passarão, a nível mundial dos 6 milhões em 2011 para 8 milhões em 2030 (United Nations, 2011).

Segundo estimativas para o ano de 2004, publicadas pela OMS em 2012, o consumo de tabaco foi responsável, em Portugal, por cerca de 10% do total de mortes, por diversas patologias, na população com mais de 30 anos. Esta percentagem foi mais elevada no sexo masculino (17%) e no grupo etário dos 45 aos 59 anos: 23% do total de mortes, em ambos os sexos; 32% nos homens e 6% nas mulheres (DGS, 2012b, p. 1).

De acordo com o III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas da População Geral, em 2012, mais de um quarto da população dos 15-64 anos, era consumidora de tabaco (Balsa, Vital & Urbano, 2012), acresce a estes dados o facto de este comportamento de risco nem sempre ser reconhecido como tal, pois *“um estudo do Eurobarómetro relativo a 2008 permite concluir que apenas 32% dos jovens inquiridos dos 15-24 anos, consideram que o consumo de tabaco tinha elevado risco para a saúde”* (Ministério da Saúde, 2015, p.12). Dados do INS 2014 referem que 20,0% da população com 15 ou mais anos fumava regularmente (proporção similar aos resultados do INS 2005/2006 – 20,9%), 21,7% era ex-fumadora (registando-se um aumento de quase 6 p.p. face aos 16,0% em 2005/2006) e 58,2% nunca tinha fumado (registando-se uma diminuição desta percentagem

face a 2005/2006 – 62,9%), as percentagens de homens que se declararam como sendo fumadores (27,8%) ou ex-fumadores (31,8%) era superior às das mulheres (13,2% e 12,9%, respetivamente) e a percentagem de mulheres que afirmaram nunca ter fumado (73,9%) superava largamente a percentagem de homens na mesma condição (40,3%). O consumo de tabaco diário era em média de 11 a 20 cigarros para os fumadores de cigarros (INE, 2016c). O Alentejo e Lisboa são as regiões do nosso país com maior prevalência de consumo de tabaco ao longo da vida (Balsa et al., 2012).

Está cientificamente reconhecido que o consumo de tabaco não só prejudica diretamente o fumador mas também os chamados fumadores passivos, especialmente as crianças (Papalia et al., 2006). De acordo com o INS 2014, 8,6% da população com 15 ou mais anos afirmou estar exposta diariamente a fumo passivo (INE, 2016c).

Sendo que o consumo de tabaco constitui um dos comportamentos de risco com maior impacto na população portuguesa, o PNS 2020 definiu como uma das suas Metas para 2020: Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com  $\geq 15$  anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental (Ministério da Saúde, 2015).

O consumo de álcool é considerado socialmente promovido e aceite na maioria das culturas ocidentais (Papalia et al., 2006) e no nosso país, no INS 2014, 70,0% da população com 15 ou mais anos afirmou ter consumido bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista (homens – 84,9%, mulheres – 56,8%). O consumo de bebidas alcoólicas atingia os valores mais elevados para a população dos 25 aos 54 anos (com percentagens próximas dos 75%). A partir dos 65 anos a proporção de pessoas que consumiam bebidas alcoólicas reduzia. O consumo diário de bebidas alcoólicas era uma realidade para mais de um terço das pessoas com 15 ou mais anos (34,5%) sobretudo homens (45,0% dos homens consumiram bebidas alcoólicas diariamente enquanto mais de metade das mulheres faziam-no com uma regularidade mensal ou só ocasionalmente). Foi também 34,5% das pessoas (1/3) que indicaram ter consumido, pelo menos uma vez no mesmo período, 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião ou evento, este consumo arriscado afetava principalmente os homens (44,7% afirmaram ter consumido 6 ou mais bebidas alcoólicas num único episódio) e as pessoas abaixo dos 35 anos (quase metade das pessoas com menos de 35 anos referiram ter tido uma experiência de consumo arriscado de álcool nos 12 meses anteriores) (INE, 2016c). É de assinalar que, em todas as etapas do ciclo de vida, o consumo de álcool, as práticas de consumo nocivo e o uso abusivo e dependência se apresentam mais prevalentes no género masculino (SICAD, 2015).

Em 2013, 2,15% dos óbitos, no nosso país, ocorreram por doenças ligadas ao álcool (maioria destes óbitos pertencia ao género masculino: 79%) e número médio de anos potenciais de vida perdidos por doenças atribuíveis ao álcool foi de 13,3 anos (SICAD, 2015). Em 2003, segundo dados do World Drink Trends (2005) Portugal ocupava o 8º lugar do consumo mundial de bebidas alcoólicas, com um consumo estimado de cerca de 9,6 litros de etanol *per capita*, dados mais recentes, relativos a 2010, evidenciam um aumento desse consumo para 12,9 litros de etanol per capita (nos indivíduos com 15 ou mais anos), sendo este valor de 18,7 litros nos homens e de 7,6 litros nas mulheres (SICAD,



2015). No entanto, entre 2007 e 2012, evidencia-se um padrão geral de diminuição das prevalências, e um aumento dos desistentes e dos abstinentes, exceto no Alentejo que apresenta as maiores prevalências do conjunto de consumidores recentes e correntes na população total (SICAD, 2015)

É no entanto de evidenciar, que têm ocorrido nos últimos anos alterações legislativas e o aumento de impostos sobre as bebidas alcoólicas, medidas que procuram ser dissuasoras do consumo (SICAD, 2015).

Tendo em conta a sua maior exposição ao consumo excessivo de álcool e de tabaco, os homens apresentam um maior risco de morte por doença crónica, em todos os grupos etários, relativamente às mulheres, no entanto face aos outros fatores de risco, as doenças crónicas estão a aumentar a sua prevalência no género feminino, que tendem a ser menos ativas fisicamente e a ter uma maior prevalência de excesso de peso e em algumas regiões desenvolvidas a incidência de cancro de pulmão está a crescer entre as mulheres devido ao crescente consumo de tabaco (United Nations, 2011).

Existem fortes evidências que relacionam as doenças crónicas e os seus fatores de risco com os **determinantes sociais da saúde** (e.g., a pobreza, o baixo nível educacional e outras iniquidades sociais aumentam a probabilidade de adoção de comportamentos e a prevalência das doenças crónicas e dos fatores de risco intermédios, por outro lado uma maior prevalência de comportamentos de risco, como o consumo de tabaco e álcool, e uma maior prevalência de doenças crónicas aumenta seriamente o risco de pobreza, criando um ciclo vicioso) (Darnton-Hill et al, 2004; United Nations, 2011; OPSS, 2016).

Pela sua importância gostaríamos de destacar o **nível educacional**, pois existe evidência de que um baixo nível de literacia está associado a um pior estado de saúde, maior prevalência de comportamentos de risco, utilização inadequada dos serviços de saúde e maior mortalidade, acarretando mais custos para o sistema de saúde (DeWalt, Berkman, Sheridan, Lohr & Pignone, 2004; Berkman et al., 2004; Pignone, DeWalt, Sheridan, Berkman & Lohr, 2005; Papalia et al., 2006; Huizinga, Beech, Cavanaugh, Elasy & Rothman, 2008; Baker, Wolf, Feinglass & Thompson, 2008; Loureiro & Miranda, 2010; Santos, 2010; Berkman, Sheridan, Donahue, Halpern & Crotty, 2011; Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

De acordo com os Censos 2011, na última década manteve-se a tendência de redução da Taxa de Analfabetismo<sup>29</sup>. Em 2011, Portugal apresenta uma taxa de 5,2% contra 9,0% verificada em 2001 e 11,0% em 1991. Esta redução é mais evidente na população mais jovem e as qualificações mais elevadas são regra geral detidas por mulheres, no entanto ainda é o género feminino que detém a maior Taxa de Analfabetismo (6,8% a nível nacional e 11,8% no Alentejo) que corresponde a cerca do dobro da verificada nos homens (3,5% a nível nacional e 7,2% no Alentejo) (INE, 2012a; INE, 2012b). Existem grandes assimetrias em termos regionais relativamente à escolaridade, a região de Lisboa é onde a percentagem de indivíduos com ensino superior é mais elevada (21%) e o Alentejo é uma das

---

<sup>29</sup> **Taxa de analfabetismo (%)** = (População com 10 ou mais anos que não sabe ler nem escrever/População com 10 ou mais anos) X 100 (INE, 2012a)

duas regiões que aparecem em último lugar (11%) sendo também no Alentejo que se verifica o valor mais elevado de Taxa de Analfabetismo: 9,6% (valor bastante elevado apesar do recuo de 6,3 pontos percentuais entre as duas últimas operações censitárias) (INE, 2012a; INE, 2012b). “*Nas NUT III do Alentejo Litoral (11,6%), Baixo Alentejo (11,1%) e Alto Alentejo (11,0%) as taxas de analfabetismo são mais elevadas e superiores à média da região do Alentejo*” (INE, 2012b). Também a mais elevada percentagem de pessoas com 15 ou mais anos sem qualquer nível de escolaridade completo (15,5%) se regista no Alentejo (a nível nacional este indicador situa-se nos 10,4%), sendo no Alto Alentejo e no Baixo Alentejo que se localizam os municípios com elevadas taxas de população sem qualquer nível de escolaridade (INE, 2012b).

No que respeita à literacia em saúde, em Portugal, de acordo com um estudo realizado em 2014, integrado no *European Health Literacy Survey* (realizado em 9 países europeus), cerca de 61% da população inquirida apresentava um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado, situando-se a média dos 9 países em 49,2% (Portugal ocupava o penúltimo lugar entre os 9 países), no que respeita à literacia em saúde de cuidados de saúde, Portugal apresentava os piores resultados, com apenas 44,2% dos inquiridos a apresentar um nível suficiente ou excelente, quanto à prevenção da doença, apenas cerca de 45% dos inquiridos revela ter um nível suficiente ou excelente de literacia, valor inferior comparativamente com a média dos 9 países, que apresentava o valor de 54,5% nesta dimensão. Também na literacia em saúde de promoção da saúde, 60,2% da população inquirida apresentava um nível de literacia problemático ou inadequado enquanto a média dos 9 países se situava nos 52,1%. Dos resultados deste estudo revelam ainda que à medida que a idade aumenta o nível de literacia em saúde diminui, que à medida que o nível de escolaridade aumenta os níveis de literacia em saúde tendem a ser superiores e que os desempregados apresentavam os piores níveis de literacia em saúde, quando comparados com a população ativa (Pedro et. al, 2016).

Face ao exposto importa reforçar que para se atuar na prevenção das principais doenças crónicas traduzindo em simultâneo uma diminuição da mortalidade prematura, há que reduzir os fatores de risco que lhes são comuns, como o consumo de tabaco e o consumo excessivo do álcool e reforçar os fatores protetores, encorajando a alimentação saudável em termos nutricionais e calóricos, promovendo o exercício físico regular e melhorando a informação e educação em saúde na redução de muitas doenças crónicas não transmissíveis (WHO, 2005a; United Nations, 2011; George, 2012).

A abordagem preventiva às doenças crónicas e aos seus fatores de risco devem acontecer ao longo da vida das pessoas, através da promoção e adoção de comportamentos saudáveis que começam antes da gravidez e continuam durante a infância e a vida adulta (prevenção primária). Sendo igualmente importante o diagnóstico e o tratamento precoce (prevenção secundária), procurando tornar o tratamento e o controlo destas doenças mais eficaz com uma consequente redução na sua mortalidade (WHO, 2003; Darnton-Hill et al., 2004; United Nations, 2011). Face ao crescente risco ao longo da vida, a idade adulta é, considerada como uma fase fundamental para se



atuar quer ao nível da prevenção primária das doenças crónicas, onde se espera que haja um impacto maior e mais imediato, pois os fatores de risco comportamentais podem ser modificados em adultos e os resultados dessa mudança serão visíveis ao fim de 3-5 anos, com um impacto mensurável ao nível da diminuição dos custos potenciais (Darnton-Hill et al., 2004).

Esta abordagem preventiva deve estar assente nos CSP, através de intervenções preventivas de baixo custo e de comprovada efetividade, onde um modesto investimento se poderá traduzir em rápidos ganhos na saúde das pessoas e também ao nível económico, sobretudo quando comparamos com os elevados custos do tratamento e controlo das doenças crónicas (United Nations, 2011; Jacobson, 2012). Sendo determinante a adoção dos princípios da 'saúde em todas as políticas' para uma efetiva ação multisectorial, uma vez que a ação sobre os fatores de risco e sobre os determinantes sociais ultrapassa a capacidade do sector da saúde (United Nations, 2011) é, também, imperativo promover uma participação e um envolvimento significativo da comunidade, juntamente com parcerias ativas entre múltiplos parceiros e, sobretudo, importa estabelecer uma verdadeira corresponsabilidade no processo de promoção e proteção da saúde das pessoas, através de mecanismos que permitam aumentar o nível de literacia das pessoas, criar ambientes que tornem acessíveis as decisões mais favoráveis à saúde e criar mecanismos de participação e aumento da liberdade de escolha dos cidadãos (Darnton-Hill et al., 2004; Loureiro & Miranda, 2010; United Nations, 2011).

### 1.3. ENVELHECER COM SAÚDE: PRINCIPAIS CONCEITOS

Apesar do prolongamento da longevidade esta, como vimos, nem sempre se faz acompanhar de saúde, autonomia e qualidade de vida, sendo na atualidade mais importante a forma como se envelhece do que a idade máxima atingida (Carvalho & Mota, 2012). Envelhecer mantendo a saúde torna-se cada vez mais um dos grandes desafios para a sociedade em geral e para cada indivíduo em particular, traduzido na criação de condições que permitam a cada pessoa manter a sua saúde ao longo da vida (OMS, 2002; Nuñez et al., 2003; Hartman-Stein & Potkanowicz, 2003; Drennan et al., 2005; Sanders, 2006; Hughes & Pearson, 2013; Rechel et al., 2013, OMS, 2015). Assim, a adoção de estratégias que promovam a saúde, previnam ou retardem o aparecimento das doenças crónicas bem como o declínio funcional e cognitivo, incentivando a autonomia e a independência ao longo da vida, é considerado como tendo um grande impacto direto nos custos da saúde e dos cuidados continuados ao mesmo tempo que contribui para o aumento do bem-estar<sup>30</sup> das pessoas mais velhas (Drennan et al., 2005; Ming et al., 2006; Oxley, 2009; Davim et al., 2010; Rechel et al., 2013).

Neste contexto surgem os conceitos de envelhecimento saudável, envelhecimento bem-sucedido e envelhecimento ativo, como base para as estratégias promotoras de saúde ligadas ao envelhecimento.

---

<sup>30</sup> **Bem-estar** é entendido no seu sentido mais amplo que inclui questões como a felicidade, satisfação e plena realização, abrange todas as esferas da vida, incluindo os aspetos físicos, mentais e sociais, que compõem o que pode ser chamado de "uma vida boa" (WHO, 2015a).

O **envelhecimento saudável** pode ser descrito como a longevidade livre de doenças ou como o processo de fomentar e manter a capacidade funcional em diferentes domínios: físico, psicológico e social (Thompson & Voss, 2009; OMS, 2015) este processo de otimização da saúde permite às pessoas mais velhas participarem ativamente na sociedade, sem qualquer tipo de discriminação, com independência e boa qualidade de vida (Oxley, 2009; OMS, 2015). Para se falar de envelhecimento saudável é necessário pensar na interação de múltiplos fatores: saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica, entre outros (Davim et al., 2010), sendo a interação entre a pessoa e o ambiente onde vive um fator fundamental para o envelhecimento saudável (WHO, 2015a).

O **envelhecimento ativo** foi definido pela OMS como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança no sentido da melhoria da qualidade de vida das pessoas ao longo do processo de envelhecimento (WHO, 2002b). A palavra ‘ativo’ incluída nesta definição refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Uma das importantes dimensões da política de envelhecimento ativo da OMS é a manutenção da capacidade funcional que se modifica ao longo do ciclo de vida: crescendo na primeira fase da vida ao longo do processo de desenvolvimento infantojuvenil e decrescendo na etapa final da vida adulta como resultado do processo de envelhecimento, assim o objetivo do envelhecimento ativo é levar os indivíduos para o grau mais elevado de funcionalidade possível tendo em conta a sua idade, o que significa para os mais velhos manter a independência e prevenir a incapacidade pelo maior período de tempo possível (Oxley, 2009). Esta orientação procura antecipar as situações críticas atuando no sentido da sua prevenção e da capacitação das pessoas ao longo do processo de envelhecimento (WHO, 2002b).

São aspetos importantes para a política de envelhecimento ativo: a autonomia, a independência, a qualidade de vida e a expectativa de vida saudável, mesmo nos casos em que já esteja instalado algum grau de incapacidade funcional (Davim et al., 2010). É ainda reconhecido que o envelhecimento ativo depende de um conjunto de múltiplos determinantes que envolvem os indivíduos, as famílias e as comunidades e interagem continuamente uns com os outros: determinantes económicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e com os serviços sociais e de saúde, sendo estes transversalmente influenciados por aspetos relativos ao género e à cultura (OMS, 2005a; WHO, 2002b).

O conceito de **envelhecimento bem-sucedido** refere-se sobretudo à manutenção da função física e mental, assegurando deste modo que os indivíduos tenham as ‘reservas’ psicológicas e físicas necessárias para suportar as experiências geradoras de *stress* ligadas ao processo de envelhecimento, pois a ausência dessas reservas pode levar ao aumento da fragilidade e da dependência (Oxley, 2009). O envelhecimento bem-sucedido é composto por três fatores predominantes: compromisso ativo com a vida; manutenção de altos níveis de habilidades funcionais ao nível físico, cognitivo e

social e a adoção de hábitos saudáveis, que se traduzirá numa baixa probabilidade de doença e incapacidade. Tudo isto pressupõe uma adaptação bem-sucedida às alterações psicológicas e funcionais associadas à passagem do tempo e não apenas uma maior longevidade, o que permitirá viver a última fase da vida de uma forma satisfatória apesar da incapacidade ou da doença que possa existir (Flood & Scharer, 2006; Ozaki et al., 2007; Thompson & Voss, 2009; Davim et al., 2010). Os defensores do envelhecimento bem-sucedido enfatizam a importância de fatores ligados ao estilo de vida (e.g., a dieta, a nutrição e o exercício físico) bem como o suporte social e a educação como moderadores do processo de envelhecimento (Schulz & Heckhausen, 1996).

Estes diferentes conceitos têm como objetivo comum otimizar o bem-estar e a saúde das pessoas ao longo do processo de envelhecimento resultando, em última análise, num nível mais elevado de saúde (Oxley, 2009). Tendo em conta o exposto anteriormente, no contexto desta investigação, considerámos que estes diferentes conceitos estão todos ligados a uma **perspetiva positiva de envelhecimento**, uma vez que envelhecer de forma saudável, ativa ou bem-sucedida implica uma adaptação bem-sucedida a todas as alterações que surgem, procurando viver de forma saudável, prevenindo ou adiando o aparecimento de doenças crónicas, retardando o declínio funcional e favorecendo a autonomia e a independência ao longo da vida, com a consciência de que, apesar de o risco de doença e incapacidade aumentar com a idade, um estado de saúde baixo não necessita de ser uma consequência inevitável do envelhecimento (Nuñez et al., 2003). Tendo em conta que este é um dos conceitos centrais desta investigação, para facilitar a forma como nos referimos a este conceito positivo de envelhecimento e porque a saúde é uma condição que lhe é necessária, passamos a referi-lo como **envelhecimento saudável**.

## 2. PROMOÇÃO DA SAÚDE

Pretendemos neste capítulo enquadrar as estratégias promotoras da saúde e da adoção de estilos de vida saudáveis e o papel de destaque que os enfermeiros podem ter neste âmbito. Partimos da definição do conceito de saúde e dos fatores que a determinam, percorremos as conferências internacionais de promoção da saúde evidenciando os aspetos fundamentais, contextualizamos historicamente as políticas promotoras de saúde internacionais e nacionais, relativamente à orientação dos sistemas de saúde evidenciamos os CSP, abordamos a promoção de estilos de vida saudáveis e o papel dos cuidados de enfermagem na Promoção da Saúde.

### 2.1. A SAÚDE E OS SEUS DETERMINANTES

Conscientes de que *“a forma como definimos e interpretamos a saúde determina em grande parte a maneira como tratamos a promoção da saúde”* (Laverack, 2008) sentimos como fundamental nesta etapa clarificar o **conceito de saúde** que nos guia nesta investigação. Partimos da convicção que a saúde é um **direito fundamental** dos seres humanos, como foi enfatizado na Conferência Internacional sobre CSP realizada em Alma-Ata (OMS, 1978) e que a consecução do mais elevado nível de saúde é a mais importante **meta social** mundial, porque a saúde é uma condição prévia para a prosperidade económica influenciando os resultados económicos em termos de produtividade, oferta de trabalho, capital humano e despesa pública (OPSS, 2015) e por isso requer, além do sector da saúde, a ação de muitos outros setores sociais e económicos. O direito de todos à proteção da saúde está associado ao dever de a defender e promover e encontra-se plasmado no Art.º 64º da Constituição da República Portuguesa (Portugal, 2005).

Reconhecemos que a **conceção de saúde** de cada indivíduo muda ao longo do processo de desenvolvimento humano sendo comum as pessoas terem diferentes concepções de saúde de acordo com a sua idade, género e condição social, sendo também influenciados pelas concepções de saúde que predominam no contexto social e cultural onde vivemos (Pender et al., 2011).

À definição clássica da OMS – *‘Saúde é um estado de absoluto bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade’* – reconhecemos a virtude de abrir o caminho para situar a saúde numa **perspetiva positiva** e de englobar os aspetos sociais até então pouco explorados (Silva, 2002; Laverack, 2008), aspetos que foram amplamente reforçados pela Carta de Otava (OMS, 1986). Compreendemos assim a saúde não como um estado abstrato mas como um **recurso** que permite às pessoas levar uma vida individual, social e economicamente produtiva (OMS, 1986; Nutbeam, 1998), sendo esse recurso traduzido num potencial biológico com o qual o indivíduo nasce (e que pode ser protegido através da adoção de estilos de vida saudáveis), a que se soma tudo o que vai adquirindo e desenvolvendo ao longo da vida e que permite a cada

indivíduo o **desenvolvimento das suas potencialidades** físicas, mentais e sociais com vista à **satisfação das suas necessidades** de acordo com a sua idade, cultura e responsabilidade pessoal, tornando-o capaz de contribuir para o bem comum da humanidade (Bircher, 2005; Nogueira & Remoaldo, 2010).

Saúde é por nós perspectivada num *continuum*, como um **estado dinâmico** que resulta da combinação de experiências dinâmicas ao longo do ciclo de vida de uma pessoa, numa constante **atualização do potencial humano** (adquirido ou inato) através de comportamentos dirigidos para objetivos, autocuidado competente e relações satisfatórias com os outros, e se necessário são realizados ajustamentos para manter a integridade estrutural e a harmonia com os ambientes relevantes, de forma a atingir o máximo potencial para a vida diária (King, 1981; Pender et al., 2011). Subjacente a esta definição está também a habilidade de cada um para se ajustar às diversas tensões internas e externas que enfrenta, pois *“a abordagem mais próxima de um ótimo ou elevado nível de saúde é um estado físico e mental livre de desconforto e dor que permita um funcionamento eficaz dentro do ambiente”* (Pender et al., 2011, p. 19). O conceito de saúde surge assim como dinâmico e multidimensional, sendo considerado o resultado da capacidade dos indivíduos se adaptarem e manterem o equilíbrio com o ambiente de forma bem-sucedida, sendo capazes de se desenvolver, funcionar e prosperar (Bircher, 2005; Nogueira & Remoaldo, 2010; Pender et al., 2011).

Na nossa perspetiva, neste modelo positivo de saúde, onde a ênfase é colocada nas forças, recursos, potenciais e capacidades individuais e coletivas, a saúde pode continuar a ser uma realidade para os portadores de doenças crónicas, desde que consigam manter um estado físico e mental que permita um **funcionamento eficaz dentro do ambiente**, continuando a ser de extrema importância a adoção de estilos de vida saudáveis (Pender et al., 2011). Campos, Saturno e Carneiro (2010) corroboram esta ideia referindo que *“na vida corrente, a maior parte da população sofre de alguma doença, mas enquanto as pessoas conseguem prosseguir na obtenção dos seus objetivos vitais, basicamente consideram-se saudáveis”* (p. 11). Acreditamos ainda, que ao ser confrontado com uma experiência de doença, sua ou de alguém próximo, a pessoa pode ficar mais disponível para aprender a cuidar melhor da sua saúde, podendo a partir daí compreender o valor da vida e a necessidade de mudar o seu estilo de vida (Phaneuf, 2001; Pender et al., 2011).

Uma visão positiva da saúde permite o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que não se limitem à diminuição dos riscos de doença, mas que também sejam dirigidas ao reforço dos recursos, potenciais e capacidades dos indivíduos. Cria um leque de oportunidades mais abrangente para os enfermeiros ajudarem os indivíduos, famílias e comunidades a conseguirem uma melhor saúde (McCullagh, 2013).

Sem desvalorizar a dimensão objetiva da saúde, como estado clínico passível de ser avaliado objetivamente, gostaríamos de destacar a dimensão subjetiva da saúde, relacionada com a forma como cada indivíduo avalia o seu estado de saúde e o significado que lhe atribui, que está intrinsecamente relacionado com o conceito de bem-estar, pois o bem-estar avaliado na perspetiva do próprio, torna-se o critério para a pessoa se definir como saudável ou como doente (Reis, 2005).

Neste contexto, bem-estar é definido como uma experiência humana “*que resulta da capacidade que cada pessoa tem para ultrapassar equilíbrios perdidos e de se adaptar às circunstâncias da vida, por si só ou com ajuda*” (Basto, 2009, p. 15) e cuja perda “*não é o aparecimento de doença mas sim a incapacidade de recriar o potencial individual*” (Basto, 2009, p. 15). Associado ao conceito de bem-estar (do inglês *well-being*) surge o conceito *wellness*<sup>31</sup> (que alguns autores traduzem como ‘estar bem’ e outros como ‘estado ótimo de saúde’), que foi introduzido na última atualização do Glossário de Promoção da Saúde da OMS (Smith, Tang & Nutbeam, 2006) e que representa precisamente essa dimensão subjetiva, o estado de saúde experimentado (tal como o conceito *illness* representa a vivência da doença na perspetiva do próprio) (MacKey, 2009).

A dimensão subjetiva da saúde é de tal modo importante que, a autoperceção do estado de saúde<sup>32</sup>, é considerada como a melhor medida da saúde das pessoas no futuro, mesmo quando comparada com avaliações clínicas (Reis, 2005), sendo considerada uma percepção dinâmica relacionada com as alterações das condições de saúde dos indivíduos ao longo do tempo (Han et al., 2005) e um forte preditor da saúde e bem-estar nas idades mais avançadas (Kirby, Coleman & Daley, 2004; Yang, 2008; Stone, Schwartz, Broderick & Deaton, 2010) bem como da mortalidade (Sillen, Nilsson, Mansson & Nilsson, 2005; Han et al., 2005; Reis, 2005; Nielsen et al., 2008) e, nesta perspetiva, tão importante como avaliar a autoperceção do estado de saúde é analisar as mudanças que ocorrem ao longo do tempo, pois o seu declínio está diretamente relacionado com o declínio do estado de saúde e com o aumento do risco de morte (Han et al., 2005).

A aspiração ao mais elevado nível de saúde é, no entanto, condicionada pela interação de múltiplos fatores, denominados de **determinantes da saúde**<sup>33</sup>.

É amplamente reconhecido que o estado de saúde resulta de um conjunto de fatores que interagem entre si: fatores individuais (que podem ser imutáveis, como os biológicos, ou mutáveis, como os socioeconómicos e os culturais); fatores ligados ao ambiente físico e social (condições de vida, desde a poluição do ar, da água, dos solos, até à qualidade do ambiente físico, às redes de suporte social); fatores relacionados com o sistema de saúde; e ainda os comportamentos e estilos de vida que apesar de poderem ser englobados na dimensão individual são destacados por vários estudos, sendo ainda sublinhada a influência que o ambiente tem sobre os comportamentos individuais (Nogueira & Remoaldo, 2010).

---

<sup>31</sup> “Wellness is the optimal state of health of individuals and groups. There are two focal concerns: the realization of the fullest potential of an individual physically, psychologically, socially, spiritually and economically, and the fulfilment of one’s role expectations in the family, community, place of worship, workplace and other settings” (Smith et al., 2006, p. 5).

<sup>32</sup> **Autoperceção ou Autoapreciação do estado de saúde** diz respeito à apreciação subjetiva que cada pessoa faz da sua saúde (INE, 2016c).

<sup>33</sup> **Determinantes da saúde** – São definidos como o conjunto de fatores pessoais, sociais, económicos e ambientais que afetam ou determinam o estado de saúde de indivíduos ou populações (Nutbeam, 1998; George, 2014). Estes fatores são múltiplos e interativos, em combinação, criam diferentes condições de vida que afetam a saúde das pessoas (Nutbeam, 1998).

Whitehead e Dahlgren desenvolveram, em 1991, um modelo que conceptualiza os determinantes da saúde em níveis de influência distintos: fatores genéticos e biológicos (nível 1), comportamentos individuais e estilos de vida (nível 2), influências comunitárias e sociais (nível 3), condições de vida e de trabalho (nível 4) e condições ambientais, culturais, sociais e económicas gerais (nível 5). Cada um destes determinantes influencia a saúde através do seu impacto específico e também através do resultado das interações que ocorrem entre os diferentes determinantes de cada nível, quer entre os determinantes de níveis distintos. *“Como exemplo, refira-se que a prática de exercício físico é uma determinante individual (comportamental) da saúde (nível 2), que sofre influência do contexto (por exemplo, existência de espaços adequados à prática de exercício físico) e dos fatores biológicos (por exemplo, idade)”* (Nogueira & Remoaldo, 2010, p. 29-30).

A partir da análise deste modelo fica claro que os determinantes da saúde são multidimensionais e que, como é referido em SHARE (2005), as escolhas individuais são, influenciadas e condicionadas pelas estruturas sociais, condições políticas, culturais e ambiente físico e económico, o que explica, em parte, as diferenças entre grupos sociais, países e regiões, no que diz respeito ao estilo de vida, por exemplo. Por essa razão vários autores sugerem que nem sempre se pode afirmar que os indivíduos têm total liberdade de escolha dos comportamentos individuais, que constituem o estilo de vida, pois essas escolhas são frequentemente condicionadas, por exemplo, por padrões de privação material e de exclusão social (Loureiro & Miranda, 2010).

As condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem e envelhecem têm um impacto dramático na sua saúde, tomemos como exemplo a pobreza que é acompanhada de condições de habitação inadequadas, deficiente saneamento básico, induzindo a má nutrição, má saúde, lacunas na educação, dificuldade de acesso aos serviços sociais, jurídicos e de informação, incapacidade de defesa dos seus direitos e ao controlo da própria vida, humilhação de não ter nenhum poder, privação, exclusão, desespero, insegurança e falta de fé no futuro (Bicudo, 2009; CDSS, 2010; Pender et al., 2011). As condições sociais em que as pessoas vivem influenciam também, de forma evidente, os comportamentos de saúde sobretudo porque *“os que vivem com maiores dificuldades parecem ter menor disponibilidade em procurar, em entender e investir na apropriação das mensagens sobre saúde, muitas vezes por questões de gestão do seu dia-a-dia, em que são forçados a dar prioridade a aspetos ligados à sua sobrevivência”* (Loureiro & Miranda, 2010, p. 133). Promover e manter a saúde, exige comunidades onde é possível nascer, crescer, viver e envelhecer em condições que permitam uma ampla realização das potencialidades humanas individuais e coletivas.

Consciente da importância que as questões sociais têm sobre a saúde das pessoas, em 2005, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde<sup>34</sup> com o objetivo principal de

---

<sup>34</sup> **Determinantes sociais da saúde** são as condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluem as experiências do indivíduo nos primeiros anos de vida, a educação, a situação económica,



compreender como reduzir as desigualdades em saúde. O relatório final desta Comissão contém três recomendações gerais para atuar sobre as desigualdades em saúde: melhorar as condições de vida; combater a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos; e medir a magnitude do problema, compreendê-lo e avaliar o impacto das intervenções (CSDH, 2008) e viria a ser seguido de uma resolução da Assembleia Mundial de Saúde de 2009, que reforçava a importância da Saúde em todas as políticas, de um compromisso renovado com as ações intersectoriais para reduzir as desigualdades em saúde, da implementação de uma abordagem ligada aos determinantes sociais em programas de saúde pública e do aumento da capacidade de mensuração das desigualdades de saúde e de monitorização do impacto dessas políticas (WHO, 2009a). Na sequência desta resolução surgiu a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde que ocorreu no Rio de Janeiro em Outubro de 2011, com o título ‘Todos pela Equidade’, cujos resultados estão expressos na ‘Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde’ reafirmando os compromissos da resolução e definindo cinco áreas prioritárias de abordagem: (i) adotar uma melhor governança no campo da saúde e do desenvolvimento; (ii) promover a participação na formulação e implementação de políticas; (iii) continuar a reorientar o setor da saúde para a redução das iniquidades em saúde; (iv) fortalecer a governança e a colaboração global; e (v) monitorizar os avanços e ampliar a prestação de contas (WHO, 2011).

A saúde está intimamente relacionada com o desenvolvimento social e económico e com a qualidade de vida da sociedade (Silva, 2002), e considerando que vivemos um momento da nossa História onde nos confrontamos com problemas de saúde cada vez mais complexos, as intervenções de promoção da saúde e de combate às desigualdades sociais e de saúde, são condições decisivas para se assegurar esse desenvolvimento e para garantir a inclusão de todos os grupos da sociedade (Lopes, Mendes, Nunes, Ruivo & Amaral, 2015). Tendo em conta que existem determinantes da saúde (e.g., os comportamentos individuais e a utilização dos serviços de saúde) sob os quais os indivíduos poderão ter algum controlo, enquanto outros determinantes estão fora do controlo individual (e.g., as condições sociais e económicas ou a prestação de serviços de saúde) parece ser claro que as intervenções de promoção da saúde que apoiem as pessoas para que adotem e mantenham estilos de vida saudáveis e que, simultaneamente criem condições de vida que apoiem a saúde, constituem elementos chave para uma promoção da saúde eficaz (Nutbeam, 1999).

## **2.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE: DAS PRIMEIRAS DEFINIÇÕES À ATUALIDADE**

As primeiras definições de Promoção da Saúde colocam-na como uma tarefa da medicina ou integrada nos níveis de prevenção da doença, nomeadamente como um dos aspetos da prevenção primária. Esta abordagem biomédica ainda é dominante na atualidade em alguns aspetos, nomeadamente na importância que é dada ao tratamento das doenças e à sua prevenção primária e, sobretudo na população adulta e idosa, através do desenvolvimento de ações sobre como

---

emprego e trabalho decente, habitação e meio ambiente, além de sistemas eficientes para a prevenção e o tratamento de doenças (WHO, 2011).



prevenir as doenças mais prevalentes, tendo como foco os indivíduos que apresentem um maior risco, por predisposição genética ou pelo seu estilo de vida, colocando o foco nos estilos de vida (e.g., promoção da alimentação saudável ou da atividade física) e em cuidados preventivos (e.g. rastreios ou vacinação) (Laverack, 2008; Almeida, 2009).

Em 1986, realizou-se a primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em Otava, Canadá. Esta conferência foi o culminar de uma série de eventos onde destacamos: a publicação do Relatório Lalonde (Ministro da Saúde do Canadá, 1974), primeiro documento oficial a reforçar a importância dos determinantes da saúde e a colocar a promoção da saúde como uma estratégia crucial para melhorar a saúde das populações; os progressos conseguidos graças à Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) e os objetivos da OMS definidos no documento 'Saúde para Todos no ano 2000'.

Partindo do referido na Carta de Otava, podemos dizer que a **Promoção da Saúde** pode ser definida como um processo cujo objetivo consiste em fortalecer as habilidades e as capacidades dos indivíduos para empreender uma ação e também as capacidades dos grupos e comunidades para atuarem coletivamente com o fim de exercerem um maior controlo sobre os determinantes da saúde no sentido de a melhorarem (OMS, 1986; Nutbeam, 1999). Esta Carta expandiu os resultados da Promoção da Saúde para além da ausência de doença e da adoção de estilos de vida mais saudáveis e definiu cinco áreas de ação da Promoção da Saúde: construir políticas saudáveis; criar ambientes favoráveis; reforçar a ação comunitária; desenvolver competências pessoais e reorientar os serviços de saúde<sup>35</sup> (OMS, 1986; Laverack, 2008; Loureiro & Miranda, 2010). Após a Conferência de Otava, a Promoção da Saúde passa a ser apontada como uma estratégia abrangente e apropriada para enfrentar os problemas de saúde da atualidade, traduzindo-se numa mudança de paradigma para as políticas públicas de saúde, onde o foco deve ser colocado nas dimensões positivas da saúde indo para além das ações de prevenção e controlo das doenças (OMS, 1986) e a saúde passa a ser vista como um investimento, tomando forma o paradigma salutogénico, que se focaliza nas capacidades de resiliência<sup>36</sup> dos indivíduos e dos grupos, procurando alavancar as potencialidades e os recursos existentes (Loureiro et al., 2013). Com a consciência das diferenças entre promoção da saúde e prevenção da doença, importa no entanto realçar a sua complementaridade, e sobretudo o facto de que, todas as atividades de prevenção da doença (primária, secundária, terciária e quaternária) podem ser realizadas numa perspetiva promotora da saúde através da capacitação dos indivíduos e comunidades, encorajando a sua participação ativa e através de uma visão abrangente da saúde e dos seus determinantes, enfatizando a justiça social e a colaboração intersectorial (Rootman et al., 2001).

---

<sup>35</sup> A **reorientação dos serviços de saúde** caracteriza-se por uma preocupação mais explícita com a obtenção de resultados da saúde populacionais, na forma como o sistema de saúde é organizado e financiado. Isso deve levar a uma mudança de atitude e organização dos serviços de saúde, que se concentra nas necessidades do indivíduo como um todo, equilibrada com as necessidades dos grupos populacionais (Nutbeam, 1998).

<sup>36</sup> **Resiliência** é entendida como a capacidade de fazer frente e superar as adversidades (WHO, 2015a)

As premissas estabelecidas há 30 anos na Carta de Otava são, ainda hoje, uma base de orientação central para as políticas e práticas de promoção da saúde, tendo sido reforçadas e complementadas nas subsequentes oito conferências internacionais de Promoção da Saúde promovidas pela OMS: Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jacarta, 1997; México, 2000; Banguecoque, 2005; Nairobi, 2009; Helsínquia, 2013.

A Promoção da Saúde pressupõe o **desenvolvimento pessoal e social**, através da melhoria da informação e do reforço das competências que habilitem para uma vida saudável. Deste modo, as populações devem ficar mais habilitadas para controlar a sua saúde e o ambiente onde vivem por forma a fazerem opções conducentes à saúde. Sendo considerado como fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e também para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades (OMS, 1986).

Neste contexto, emerge o conceito **capacitação** que é usado *“para descrever o processo de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de sistemas para produzirem mudanças positivas, fortalecendo as suas capacidades para resolver problemas com efetividade”* (Loureiro & Miranda, 2010, p. 160). E neste sentido podemos afirmar que *“a promoção da saúde baseia-se na descoberta, no desenvolvimento e na melhoria das competências de uma pessoa, de uma família, de uma comunidade”* (Honoré, 2004, p. 256). Este desenvolvimento de competências leva ao **empoderamento** (*empowerment*) definido como o processo que confere mais poder às pessoas, permitindo um maior controlo sobre os fatores que atingem a sua saúde, um maior domínio sobre decisões importantes e sobre as estruturas sociais e políticas que influenciam as suas vidas (Nutbeam, 1998). O empoderamento alimenta sentimentos de autocontrolo e autonomia, elevando a capacidade de decisão e de liderança e conduzindo a sentimentos de maior satisfação (Laverack, 2008; Nogueira & Remoaldo, 2010). O empoderamento pode ser um processo social, cultural, psicológico ou político através do qual os indivíduos e os grupos sociais expressam as suas necessidades, apresentam as suas preocupações, concebem estratégias de participação na tomada de decisões e da realização de ações políticas, sociais e culturais com o objetivo de satisfazer essas necessidades (Nutbeam, 1998). Podemos distinguir entre o empoderamento individual: que se refere principalmente à capacidade dos indivíduos de tomar decisões e ter controlo sobre sua vida pessoal, e o empoderamento comunitário: envolve indivíduos que atuam coletivamente para obter maior influência e controlo sobre os determinantes da saúde e da qualidade de vida na sua comunidade sendo um importante objetivo da saúde comunitária (Nutbeam, 1998).

Estes dois conceitos (capacitação e empoderamento) devem constituir a orientação e o rumo para a prática da Promoção da Saúde na atualidade (Loureiro & Miranda, 2010).

Ao se considerar a Promoção da Saúde como um processo que leva ao empoderamento das pessoas e comunidades, todas as atividades humanas e sociais se tornam assuntos de saúde. Os conceitos ‘educação’ e ‘saúde’ ganham uma dimensão de desenvolvimento das pessoas, em todas as suas vertentes, da fisiológica à espiritual (Loureiro & Miranda, 2010).

A Promoção da Saúde pode ser encarada como um processo de conscientização das pessoas para os seus direitos e deveres, para a capacidade de descobrir e criar os seus próprios recursos e possibilidades para conduzirem a sua vida de forma ativa, produtiva e satisfatória. Numa perspetiva globalizante, tendo como referência a Carta de Otava, pode-se interpretar como um movimento conjunto dos setores da sociedade, num investimento concertado para uma melhor qualidade de vida para todos (Loureiro & Miranda, 2010, p. 157).

A criação de **ambientes favoráveis à saúde** são fundamentais para uma melhor qualidade de vida e nesse sentido, a Conferência de Sundsvall (OMS, 1991) identificou quatro ações estratégicas de saúde pública, fundamentais para promover a criação de ambientes favoráveis à saúde, ao nível comunitário: fortalecer a advocacia através da ação comunitária, recorrendo, em particular, a grupos de mulheres; habilitar as comunidades e os indivíduos para controlarem a sua saúde e o ambiente, através da educação e capacitação; construir alianças para a saúde e para a criação de ambientes de suporte<sup>37</sup>, de forma a fortalecer a cooperação entre as estratégias e ações promovidas pela saúde e pelo ambiente; mediar os interesses em conflito na sociedade, de modo a assegurar um acesso equitativo a ambientes favoráveis à saúde. Um dos aspetos focados nesta Conferência é a dimensão social, que inclui a forma como as normas, os costumes e os processos sociais afetam a saúde. Em muitas sociedades as relações sociais tradicionais estão a mudar de tal modo que tendem a tornar-se uma ameaça para a saúde, já que levam, por exemplo, ao aumento do isolamento social, a um quotidiano desprovido de sentido, coerência e objetivos de vida ou à alteração súbita dos valores tradicionais e da herança cultural (OMS, 1991). Novas ameaças para a saúde foram reconhecidas pela Conferência de Jacarta nomeadamente o aumento no número de pessoas idosas, a maior prevalência de doenças crónicas e a adoção de um estilo de vida mais sedentário, sendo afirmado como vital que a promoção da saúde evolua para fazer frente aos novos determinantes da saúde através de estratégias de promoção da saúde que contribuam para modificar os estilos de vida, assim como as condições sociais, económicas e ambientais que determinam a saúde (OMS, 1997).

Parece assim evidente que, apesar do setor da saúde ter um papel-chave de liderança na implementação de políticas e parcerias para a promoção da saúde, para que haja um progresso efetivo no controlo dos determinantes da saúde é essencial a adoção de abordagens políticas integradas entre organizações governamentais e internacionais, bem como o compromisso de envolvimento e trabalho conjunto com todos os níveis da sociedade civil e do sector privado, aspetos que foram amplamente reforçados nas Conferências de Promoção da Saúde realizadas no México (OMS, 2000) e em Bangucoque (OMS, 2005b).

Na sétima Conferência de Promoção da Saúde realizada em 2009, em Nairobi foram identificadas estratégias e compromissos considerados essenciais para que a promoção das pessoas e das comunidades seja uma realidade. Foram, mais uma vez, discutidos os aspetos que

---

<sup>37</sup> **Ambientes de suporte** para a saúde oferecem proteção às pessoas contra ameaças à saúde e permitem que as pessoas ampliem suas capacidades e desenvolvam autonomia em saúde. Abrangem os locais onde as pessoas vivem, a sua comunidade local, a sua casa, onde trabalham e brincam, incluindo o acesso das pessoas aos recursos de saúde e às oportunidades de empoderamento (Nutbeam, 1998).

sobrecarregam os sistemas de saúde na atualidade, como as doenças crónicas e o envelhecimento demográfico e a forma como uma abordagem integradora de promoção da saúde pode contribuir para a melhoria da saúde das pessoas e para um reforço do sistema de saúde (WHO, 2009b).

A mais recente Conferência de Promoção da Saúde, realizada em Helsínquia em 2013 (deu origem à *'The Helsinki Statement on Health in All Policies'*) reforçou que a saúde deve ser a maior meta de todos os governos, sendo a pedra angular do desenvolvimento sustentável, devendo estar integrada em todas as políticas públicas para todos os setores. A estratégia 'Saúde em Todas as Políticas' é vista como parte integrante da contribuição dos países para que fossem alcançados os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio [ODM] da ONU (WHO, 2013a) e já tinha sido expressa no Encontro Internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas realizado em Adelaide em 2010, onde foi enfatizado que é mais fácil alcançar os objetivos governamentais quando todos os setores incorporam a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de políticas (WHO, 2010).

Apesar de todos estes movimentos ainda permanece, na atualidade, alguma dificuldade em definir com clareza o foco da promoção da saúde, pelo que importa reforçar que o foco da promoção da saúde é a saúde e não a doença, são os recursos e não o problema, são os determinantes sociais e não os sintomas, são as pessoas e não os profissionais (Kickbusch, 2005), sendo importante atuar nos determinantes potencialmente modificáveis, não apenas aqueles que dependem das ações dos indivíduos, como os comportamentos e os estilos de vida, mas também em fatores como rendimento e estatuto social, educação, emprego e condições de trabalho, acesso a serviços de saúde e ambientes físicos adequados (Nutbeam, 1998). Sendo que as estratégias mais eficazes de promoção da saúde baseiam-se numa combinação de ações destinadas a abordar os determinantes individuais bem como os determinantes estruturais (Nutbeam, 1999).

Por último gostaríamos de destacar dos conceitos atrás referidos, por um lado uma visão social e política que leva ao desenvolvimento e ao empoderamento comunitário mas por outro lado, a consciência que nada disso poderá existir se cada pessoa não assumir o seu papel no processo de promoção da saúde individual e coletiva, pois na verdade todos somos atores de cuidado:

É próprio da atividade humana «pro-mover» a saúde. A promoção da saúde compreendida deste modo é da responsabilidade de todos e não apenas de alguns peritos em questões de saúde em referência à conceção médica da vida. Trata-se de que cada um possa ser o garante das suas próprias ações quanto ao cuidado que dispensa à existência humana (Honoré, 2004, p. 259).

### 2.2.1. Políticas promotoras de saúde

#### O contexto internacional

O compromisso 'Saúde para Todos no ano 2000', assumido pelos 33 países da Região Europeia da OMS em 1985, definia objetivos relativos à melhoria da saúde e da equidade em saúde assentes em quatro dimensões: assegurar a igualdade em saúde (reduzir diferenças entre países e entre regiões e grupos do mesmo país); dar mais vida aos anos (desenvolver plenamente o potencial físico

e intelectual de cada um); dar mais saúde à vida (reduzir a doença e a incapacidade); dar mais anos à vida (diminuir a mortalidade prematura, aumentando a esperança de vida) (OMS, 1985).

Tendo em conta o insucesso de uma grande parte desses objetivos, no final do século XX, a OMS procedeu à sua redefinição, através do desafio ‘Saúde para Todos no século XXI’ que fixou prioridades e metas potenciadoras das condições necessárias a que cada indivíduo possa atingir e manter, durante a sua existência, o melhor estado de saúde possível. A política de Saúde 21 para a Região Europeia da OMS estabeleceu 21 Metas, com o objetivo único e constante de atingir um potencial completo de saúde para todos, tendo como finalidades primordiais promover e proteger a saúde das populações ao longo de toda a sua vida, bem como reduzir a incidência das principais doenças, lesões e aliviar o sofrimento que causam (OMS, 2002). Gostaríamos de destacar aqui algumas das metas que estão relacionadas com a promoção do envelhecimento saudável ao longo da vida: Meta 5, ‘Envelhecimento saudável’, defende que as pessoas devem ser preparadas, através da promoção e proteção da saúde, para um envelhecimento saudável, ao longo da vida. Os serviços de saúde e sociais devem ter em conta as necessidades das pessoas ao longo do processo de envelhecimento, desenvolver estratégias que promovam a sua autonomia e produtividade e proporcionar serviços que as apoiem no seu quotidiano. A meta 11 ‘Uma vida mais saudável’ refere a importância de políticas de promoção da saúde que levem à adoção de estratégias que fomentem a alimentação saudável (como aumentar o acesso e disponibilidade ao consumo de vegetais, frutas e reduzir o consumo de alimentos ricos em gorduras) e a atividade física (como o andar de bicicleta, andar a pé e usar os transportes públicos em vez do carro). Outro aspeto que é reforçado nesta meta é o incremento do contacto social ao longo da vida. A meta 13, ‘Locais saudáveis’, defende que as políticas de incentivo à alteração de hábitos e estilos de vida têm melhores resultados quando se realizam sistematicamente nos locais onde as pessoas vivem e trabalham. A meta 14, intitulada ‘Responsabilidade multisectorial para a saúde’ refere que para existir um desenvolvimento da saúde é necessário que a sociedade assuma a sua responsabilidade e reconheça os benefícios da promoção da saúde. Nesta linha de pensamento, é importante capacitar as pessoas ao longo da vida, para que se tornem responsáveis pela sua própria saúde. Por fim a meta 15 ‘Um setor de saúde integrado’ refere a importância de se dar um maior ênfase aos CSP e à interação do enfermeiro e médico de família com as estruturas existentes na comunidade para assim conseguir a promoção de estilos de vida mais saudáveis, de um ambiente mais saudável e a criação de um sistema eficiente, a nível local, de serviços de saúde e sociais (OMS, 2002).

Em Setembro de 2000, realizou-se a Cimeira do Milénio da Organização das Nações Unidas [ONU], onde os líderes mundiais concordaram em estabelecer um conjunto de objetivos e metas mensuráveis, que deveriam estar cumpridos até 2015, para o combate à pobreza, à fome, à doença, ao analfabetismo, à degradação ambiental e à discriminação contra as mulheres e que são

designados como Objetivos de Desenvolvimento<sup>38</sup> do Milénio (ICN, 2008) e que já tivemos oportunidade de referir, sendo de realçar que estes fazem da saúde um tema central: três dos objetivos centram-se em resultados de saúde, mas a saúde está indiretamente ligada a todos os objetivos, uma vez que pobreza, género, educação e ambiente são determinantes da saúde e ações dirigidas à erradicação da pobreza, à igualdade de género, à universalidade da educação e à sustentabilidade ambiental terão necessariamente impacto na saúde (Nogueira & Remoaldo, 2010).

Em 2005, na Assembleia Mundial de Saúde, todos os Estados Membros da OMS se comprometeram com a cobertura universal de saúde<sup>39</sup>, no entanto apesar dos progressos ilustrados pelo avanço em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, a cobertura dos serviços de saúde e a proteção contra riscos financeiros ainda está muito aquém da cobertura universal (OMS, 2014), sendo recomendado que os países procurem alcançar um mínimo de 80% de cobertura da população com serviços essenciais de saúde, aspeto onde os enfermeiros podem continuar a desempenhar um papel essencial (ICN, 2016).

Em Janeiro de 2016, entrou em vigor a resolução da ONU intitulada ‘Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável’, que é constituída por 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável [ODS], que substituem os ODM e onde, mais uma vez, a saúde volta a ter um lugar central num dos objetivos: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar em todas as idades, mas indiretamente a saúde está subjacente aos outros objetivos e o trabalho dos Enfermeiros pode contribuir para a sua realização (UNRIC, 2016; ICN, 2017).

Como está patente no referido anteriormente, a ligação entre saúde e desenvolvimento está bem documentada, sendo a saúde considerada simultaneamente como um indicador e um fator de desenvolvimento, pois a saúde de uma população decorre do seu nível de desenvolvimento mas ao mesmo tempo funciona como fator de incremento ou de limitação desse desenvolvimento e determina a produtividade cujo aumento permite melhorias na qualidade de vida e na saúde. Por outro lado, um nível de desenvolvimento elevado possibilita a existência de políticas de saúde mais preventivas que curativas e serviços de saúde mais generalizados e acessíveis e também uma maior possibilidade de escolha de estilos de vida saudáveis (Nogueira & Remoaldo, 2010).

O movimento ‘Saúde para todos no século XXI’ influenciou a criação do Projeto Cidades Saudáveis<sup>40</sup>, da OMS, que deu origem à Rede Europeia de Cidades Saudáveis onde se encontra

---

<sup>38</sup> Entende-se **desenvolvimento** como um processo de melhoria das condições de vida das pessoas através da diminuição da pobreza, melhoria da nutrição, da salubridade do meio, sobretudo ao nível do saneamento básico e abastecimento de água potável, possibilitando melhor acesso a recursos sociais e de saúde, especialmente para os grupos mais carenciados (WHO, 1992).

<sup>39</sup> **Cobertura Universal de Saúde** – tem como objetivo assegurar que todas as pessoas podem ter acesso à promoção da saúde e a serviços de saúde preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos de qualidade suficiente, ao mesmo tempo que se assegura que a utilização destes serviços não causa dificuldades financeiras aos seus utilizadores (OMS, 2014).

<sup>40</sup> **Cidade saudável** - Uma cidade saudável é aquela que está continuamente criando e melhorando os ambientes físicos e sociais e expandindo os recursos da comunidade que permitem que as pessoas se apoiem mutuamente no desempenho de todas as funções da vida e no desenvolvimento de seu máximo potencial (Nutbeam, 1998).

integrada, desde 2001, a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, sediada no Seixal e da qual fazem parte na atualidade trinta e seis municípios<sup>41</sup>, na sub-região do Baixo Alentejo três dos treze municípios integram esta Rede: Beja, Serpa e Vidigueira. Esta Rede expressa uma preocupação, que é comum a muitos municípios de todo o país, no sentido de procurar melhorar o nível educacional, reforçar as redes sociais através de uma mais eficiente articulação entre setores e instituições, conseguir maior coesão social, defender e promover a saúde dos munícipes (Loureiro, 2013). Nesse sentido existe um comprometimento destes municípios com o *“planeamento intencional para promover a saúde, alicerçado em políticas dirigidas ao ambiente físico, cultural e ao processo educativo das comunidades, incentivando a participação, o empowerment e a equidade”* (Loureiro et al., 2013, p. 23).

Esta perspetiva assenta na, já referida, premissa de que os ambientes onde as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem influenciam fortemente a sua saúde, sendo proposta pela OMS uma intervenção ao nível local por forma a promover a criação de ambientes inclusivos, solidários, sensíveis e responsivos às necessidades e expectativas de todos os cidadãos, ambientes que oferecem condições e oportunidades que incentivam, capacitam e apoiam a adoção de estilos de vida saudáveis para as pessoas de todos os grupos sociais e de todas as idades (WHO, 2009c; CDSS, 2010; Marmot, 2014). Uma cidade saudável oferece um ambiente físico e projetos de planeamento urbano que incentivam, capacitam e oferecem suporte à saúde, à recreação e ao bem-estar, à segurança, à interação social, à acessibilidade e à mobilidade, criando um sentimento de orgulho e de identidade cultural de todos os seus cidadãos (WHO, 2009c).

O investimento no papel dos municípios, ao nível da promoção da saúde, tem evidenciado ganhos em saúde sempre que estes se mostraram competentes, capazes de trabalhar com os serviços de saúde, investir na educação para a saúde, envolvendo o setor da educação e em parceria com organizações comunitárias *“oferecendo ambientes de suporte promotores de atividade física, vida ativa e saudável, espaços seguros e didáticos. Existem já muitos exemplos de sucesso, alguns deles no seio da Rede de Cidades Saudáveis”* (Loureiro & Miranda, 2010, p. 100).

No mesmo contexto surgiu o projeto global da OMS, ‘Cidades Amigas das Pessoas Idosas’, cujo relatório evidencia as seguintes áreas a considerar numa cidade amiga do idoso: espaços exteriores e edifícios; transportes; habitação; respeito e inclusão social; participação social; participação cívica e emprego; comunicação e informação; apoio comunitário e serviços de saúde. Estes oito aspetos da vida nas cidades sobrepõem-se e interagem por forma a criar condições que acompanhem as necessidades das pessoas ao longo do processo de envelhecimento (FCG, 2009). Aspetos que estão em consonância com uma das três prioridades (assegurar um ambiente propício e favorável) estabelecidas na Declaração Política e Plano de Ação Internacional que resultou da II Assembleia Mundial sobre envelhecimento, realizada em Madrid em 2002, sendo as outras prioridades: as

---

<sup>41</sup> De acordo com dados disponíveis em [http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt/cidades-saudaveis/membros\\_rpcsc](http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt/cidades-saudaveis/membros_rpcsc), Abril de 2017



peessoas idosas e o desenvolvimento, promover a saúde e o bem-estar na velhice Envelhecimento (United Nations, 2002).

Importa realçar que, desde os anos 80 do século XX, onde podemos salientar como marco mais importante a I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento – Organização das Nações Unidas [ONU], 1982 – que os programas de saúde para idosos têm como principais objetivos a promoção da integração social e a manutenção da autonomia, visando, em simultâneo, uma melhor utilização dos serviços de saúde (Davim et al., 2010).

Porque o envelhecimento ativo é um dos maiores objetivos da atual saúde pública (WHO, 2002b), mas também um dos seus maiores desafios, as políticas de envelhecimento ativo da população são essenciais para melhorar a qualidade de vida e permitir aos cidadãos permanecerem autónomos a maior parte do tempo possível (OPSS, 2012), nesse sentido o Parlamento Europeu aprovou 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, procurando chamar a atenção para a importância do contributo das pessoas idosas para a sociedade e incentivar os responsáveis políticos e todas partes interessadas a tomarem medidas para criar as condições necessárias ao envelhecimento ativo e ao reforço da solidariedade entre as gerações (UE, 2012). Esta visão do envelhecimento inscreve-se no quadro jurídico internacional dos direitos humanos e celebra o aumento da esperança de vida e o potencial das pessoas idosas como um recurso importante para o desenvolvimento futuro, sendo destacada a importância da manutenção da saúde ao longo do processo de envelhecimento (WHO, 2015a).

O novo quadro europeu de referência e de estratégias e políticas de saúde da OMS (*Health 2020*) tem como objetivo melhorar significativamente a saúde e o bem-estar das populações, reduzir as desigualdades em saúde, fortalecer a saúde pública e assegurar sistemas de saúde centrados nas pessoas, que sejam universais, equitativos, sustentáveis e de elevado nível de qualidade, para que se consiga uma Região Europeia onde todas as pessoas estão capacitadas e são apoiadas no sentido de atingirem o seu pleno potencial de saúde e bem-estar e onde os países, individualmente e em conjunto, trabalham para reduzir as iniquidades em saúde dentro da Região e além dela. De acordo com o *Health 2020*, o estado de saúde das populações é considerado como essencial para o desenvolvimento económico e social de um país e as quatro áreas prioritárias de intervenção são: 1) Investir na saúde através de uma abordagem ao longo do ciclo de vida, focada na capacitação dos cidadãos; 2) Enfrentar as doenças crónicas como um dos grandes desafios colocado às políticas de saúde; 3) Promover o desenvolvimento de sistemas de saúde centrados nas pessoas, com um papel preponderante ao nível da saúde pública com capacidade de resposta ao nível da prevenção e situações emergentes 4) Criar comunidades resilientes e ambientes protetores da saúde (WHO, 2012b). Este quadro de referência europeu vai ao encontro ao, já referido, compromisso político internacional ‘Saúde em todas as políticas’, reforçado na Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Helsínquia em 2013.



Neste contexto importa ainda referir a estratégia *Together for Health* da Comissão Europeia onde se baseia o atual Programa de Saúde da UE (2014-2020), que tem como objetivos gerais complementar, apoiar e gerar valor acrescentado às políticas dos Estados-Membros que tenham como foco a melhoria da saúde dos cidadãos e a redução das desigualdades em saúde, através da promoção da saúde, do incentivo à inovação em saúde, do reforço da sustentabilidade dos sistemas de saúde e da proteção dos cidadãos contra graves ameaças sanitárias transfronteiriças. O programa apresenta como primeira prioridade: *“Promover a saúde, prevenir as doenças e incentivar a criação de ambientes propícios a estilos de vida saudáveis tendo em conta o princípio da integração da saúde em todas as políticas”* (Comissão Europeia, 2014, p. 11). Indo ao encontro ao referido, Lopes et al. (2015) reforçam que mais do que uma estratégia política de intersectorialidade na saúde, a Saúde em Todas as Políticas, *“assenta na convicção de que os ganhos em saúde dependem de forma indissociável dos estilos de vida de cada indivíduo e de todo ambiente em que está inserido”* (p. 13), sendo que todas as intervenções planeadas devem assumir a saúde em todas as políticas.

### O contexto nacional

Portugal reconheceu o direito à saúde na Constituição da República Portuguesa de 1976, no seguimento da revolução democrática de 1974. A pressão social para reduzir a enorme falta de equidade na saúde da população portuguesa conduziu à criação, em 1979, de um Serviço Nacional de Saúde [SNS] universal, geral e financiado por impostos e que na atualidade é complementado por esquemas de seguros públicos e privados e pagamentos diretos e por isso considerado como tendencialmente gratuito no momento da utilização dos serviços de saúde (Biscaia et al., 2008; OMS, 2008b). Esta opção por um sistema de saúde baseado num SNS é considerado um marco importante na evolução do sistema de saúde português, há no entanto que considerar que esta opção já estava a ser construída anos antes com a criação dos Centros de Saúde de 1ª Geração, em 1971 (Biscaia et al., 2008). A importância e prioridade atribuída à proteção da saúde foram reforçadas através da Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90, de 24 de Agosto), que estabelece que esta se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado (Biscaia et al., 2008).

A publicação do documento *‘Saúde um Compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002’* foi o primeiro passo para o desenvolvimento de um pensamento estratégico de saúde em Portugal (OPSS, 2012) procurando dar resposta ao preconizado internacionalmente, surgindo na sua sequência o PNS 2004-2010, que estabelecia como um dos objetivos estratégicos a obtenção de ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença na população (Ministério da Saúde, 2004a). Integrados no PNS 2004-2010, surgem diversos Programas Nacionais de Saúde de onde destacamos o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida (DGS, 2004) que apresentava como objetivo geral reduzir a prevalência de fatores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de fatores de proteção, relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial referindo como áreas

prioritárias o consumo de tabaco, a alimentação, o consumo de álcool, a atividade física e a gestão do stress.

O PNS 2004-2010 foi alvo de avaliação externa por peritos da OMS, que alertaram para o facto de o mesmo não ter estabelecido uma ligação forte com instrumentos de governação, requerendo que o próximo tivesse em conta a necessidade do reforço do sistema de saúde e de sustentabilidade dos ganhos em saúde (Loureiro & Miranda, 2010)

Num movimento alargado de participação, aos diferentes níveis e estruturas, na construção de um pensamento coletivo sobre uma estratégia de saúde nacional, sob a orientação do Alto Comissariado da Saúde [ACS], foram produzidos (até finais de 2011) um conjunto de documentos realizados por grupos de trabalho, no sentido de construir o novo Plano Nacional de Saúde (OPSS, 2012), durante os dois anos da sua elaboração o PNS 2012-2016 teve uma fase de discussão pública onde era possível aos cidadãos participarem no processo. Foram mantidos os valores do PNS anterior: a justiça social, a universalidade, a equidade, a solicitude e a solidariedade do sistema de saúde e foi estabelecida, como visão: maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania e identifica o valor das políticas saudáveis intersectoriais como elementos estratégicos transversais, mobilizadores e sinérgicos (Loureiro & Miranda, 2010).

O PNS 2012-2016 expressava a responsabilidade do sistema de saúde para *“promover, potenciar e preservar a saúde, reconhecendo o potencial individual, ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto”* (Ministério da Saúde, 2012a, p. 2), numa abordagem da saúde ao longo do ciclo vital através de uma intervenção integrada e continuada, que oriente a sociedade e os cuidados de saúde para a avaliação de necessidades, com especial ênfase para os períodos críticos *“que, pela forma como decorrem, influenciam diretamente, de forma positiva ou negativa, as fases seguintes da vida”* (Ministério da Saúde, 2012a, p. 2).

O PNS 2012-2016 também foi alvo de avaliação externa por peritos da OMS-Euro, cujo relatório, publicado em Outubro de 2014, conclui que o PNS está alinhado com a estratégia Health 2020 da OMS-Euro, devendo, no entanto, serem reforçados os instrumentos de implementação (Ministério da Saúde, 2015), e com base nessas recomendações o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 foi revisto em 2015 e estendido a 2020, assumindo como grandes desígnios para 2020: *“a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco, tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde”* (Ministério da Saúde, 2015, p. 4). São mantidos os quatro Eixos Estratégicos transversais: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e Políticas Saudáveis onde devem assentar todas as intervenções em saúde.

No decurso desta revisão do PNS, foram também revistos os Programas Nacionais prioritários, que passaram a ser onze: Prevenção e Controlo do Tabagismo; Promoção da Alimentação Saudável;

Promoção da Atividade Física; Diabetes; Doenças Cérebro-cardiovasculares, Doenças Oncológicas; Doenças Respiratórias; Hepatites Virais; Infecção VIH/SIDA e Tuberculose; Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos; Saúde Mental (Despacho n.º 6401/2016 de 16 de Maio de 2016), sendo que a maioria destes programas decorrem dos já anteriormente integrados no PNS 2004-2010.

Em 2014, o Relatório *‘Um futuro para a saúde – todos temos um papel a desempenhar’* propõe uma transição do sistema atual, que permanece centrado no hospital e na doença, para um sistema centrado nas pessoas e baseado na saúde, onde os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e nos cuidados de saúde (Crisp et al., 2014). É nesse sentido que gostaríamos de destacar dois dos programas de saúde nacionais prioritários devido a terem um ponto de partida mais salutogénico: o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e o Programa Nacional Promoção da Atividade Física. E, nesse sentido, para além dos programas prioritários merece-nos destaque o recém-criado Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados.

No que diz respeito ao primeiro, *“a importância da formulação de políticas alimentares e de nutrição no âmbito da promoção da saúde começou a ser expressa nos anos oitenta, sendo a alimentação e a nutrição consideradas como áreas prioritárias na construção de políticas de saúde pública”* (DGS, 2012a) mas, no nosso país, apesar de a alimentação saudável ser referida em diversos programas nacionais como um fator determinante na promoção da saúde e na prevenção das doenças crónicas, e em particular no Programa Nacional de Combate à Obesidade (DGS, 2005) não existia um programa direcionado para essa área prioritária. Com a extinção do Programa Nacional de Combate à Obesidade em 2008 (Despacho n.º 22780/2008), surge a Plataforma Contra a Obesidade que trouxe uma nova abordagem no combate a esta doença, focada na prevenção primária, com o intuito de desenvolver uma resposta integrada e intersectorial (Graça & Gregório, 2012) e que acabou por abrir caminho ao Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável [PNPAS] (DGS, 2012a, p. 4). De referir ainda que as estratégias deste programa prioritário passam pela disponibilização de alimentos promotores da saúde e bem-estar a toda a população; pela capacitação dos cidadãos para a tomada de decisões informadas acerca dos alimentos e práticas culinárias saudáveis; pelo incentivo à produção de alimentos saudáveis; pela redução de desigualdades na procura e acesso a alimentos que constituem um padrão alimentar saudável; e pela melhoria da qualificação dos profissionais que podem influenciar os consumos alimentares da população. Devem ainda ter em atenção a obesidade como expressão da inadequada ingestão alimentar e insuficiente gasto energético por parte da população portuguesa (DGS, 2012a).

O Programa Nacional de Atividade Física foi elaborado em 2011 pelo Instituto do Desporto de Portugal, sendo através do qual que o governo português traça os objetivos globais e específicos para a promoção da atividade física e o combate ao sedentarismo, onde assumem relevância a mudança de hábitos e a capacitação da população, o trabalho intersectorial, a definição de metas a serem alcançadas, medidas de monitorização e os principais grupos alvo (OPSS, 2014).

Mais recentemente e procurando dar resposta aos baixos níveis de literacia em saúde existentes no nosso país, foi criado o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Despacho n.º 3618-A/2016 de 10/03/2016) que visa:

- a) Contribuir para a melhoria da educação para a saúde, literacia e autocuidados da população, promovendo a cidadania em saúde, tornando as pessoas mais autónomas e responsáveis em relação à sua saúde, à saúde dos que deles dependem e à da sua comunidade; b) Promover um amplo acesso de todos os interessados a informação qualificada sobre boas práticas em educação para saúde, literacia e autocuidados; c) Desenvolver e demonstrar a utilidade de novos projetos e instrumentos em domínios selecionados desta temática, que acrescentem valor às boas práticas já existentes; d) Assegurar a divulgação e utilização efetiva das boas práticas em educação para a saúde, literacia e autocuidados no âmbito do SNS e no conjunto da sociedade portuguesa.

O PNS e os Programas Nacionais constituem referências para a ação que se desenvolve localmente e que deve resultar de uma clara articulação entre estas referências e as necessidades de saúde da comunidade local, sendo necessárias estratégias que, num processo de interação e sinergias, atuem efetivamente num conjunto selecionado de domínios que façam sentido localmente, pois sem estratégias locais não será possível a concretização dos grandes objetivos nacionais (Loureiro & Miranda, 2010; OPSS, 2012). As estratégias locais de saúde são operacionalizadas com a liderança dos serviços de saúde e o envolvimento dos parceiros da comunidade e a *“sua implementação constitui uma oportunidade para modificar os padrões de relacionamento entre os vários atores sociais da comunidade e fortalecer os instrumentos de promoção da cidadania, das políticas públicas saudáveis, da equidade e do acesso adequado aos cuidados de saúde”* (Lopes et al., 2015, p. 16).

### 2.2.2. Cuidados de Saúde Primários

Os **Cuidados de Saúde Primários** [CSP] são considerados como uma estratégia de organização do sistema de saúde e da sociedade no sentido da promoção da saúde (Pan American Health Organization, 2007) e pela sua acessibilidade, continuidade e abrangência são identificados como o contexto ideal para se desenvolverem intervenções individuais e de grupo que promovam a saúde e previnam a doença (Whitlock et al., 2002; Laws et al., 2010).

Na Conferência Internacional CSP, em Alma-Ata (1978), estes foram definidos como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (Declaração de Alma-Ata - VI, OMS, 1978).

Esta definição de CSP mantém-se atual sendo sintetizada do seguinte modo: CSP são cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade, que têm como principal objetivo dar uma resposta adequada aos principais problemas de saúde dessa comunidade, através de ações de promoção da saúde, de prevenção, de cuidados curativos, de reabilitação ou fim de vida (Biscaia et al., 2008; ICN, 2008).

CSP eficazes são essenciais para garantir o acesso a cuidados de qualidade baseados na tecnologia mais apropriada, para assegurar eficiência e segurança clínica, ao mesmo tempo que promovem uma relação entre prestadores e utentes baseada no respeito pela privacidade, dignidade e confidencialidade, oferecendo uma plataforma para o interface entre os serviços de saúde e as famílias e comunidades, e para a promoção da saúde e cooperação intersectorial e interprofissional (OMS, 2008a). A acessibilidade aos cuidados de saúde e em particular aos CSP é considerada como um aspeto vital da equidade em saúde (OMS, 1988).

O conceito de **equidade**<sup>42</sup> em saúde implica que são as necessidades das pessoas que orientam a distribuição das oportunidades, ou seja, deve ser dada prioridade às pessoas com mais necessidades, pois estas requerem e merecem mais oportunidades (Laverack, 2008; OPSS, 2016). Equidade em saúde não é o mesmo que igualdade no estado de saúde. As desigualdades no estado de saúde entre indivíduos e populações são consequências inevitáveis das diferenças genéticas, das diferentes condições sociais e económicas ou resultado das escolhas pessoais de estilo de vida. As iniquidades, por outro lado, ocorrem como consequência de diferenças nas oportunidades que resultam, por exemplo, no acesso desigual aos serviços de saúde, a alimentos nutritivos, ou a habitação adequada. Nesses casos, as desigualdades no estado de saúde surgem como consequência das iniquidades nas oportunidades de vida (Nutbeam, 1998).

Outro aspeto destacado na Declaração de Alma-Ata é o reconhecimento de que as pessoas devem envolver-se ativamente no processo de desenvolvimento, planeamento e implementação dos seus cuidados, considerando este envolvimento como uma componente essencial dos CSP (Laverack, 2008). A **participação comunitária** é considerada como um dos princípios fundadores dos CSP, um aspeto essencial de justiça social, que reconhece que todos temos o direito de estar envolvidos nas decisões que afetam as nossas vidas e a nossa saúde (Rifkin, 2009). A participação comunitária é importante para a melhoria da saúde das populações porque as pessoas têm maior probabilidade de usar e responder positivamente aos serviços de saúde se estiverem envolvidas nas decisões sobre como esses serviços são prestados, ajudando assim a tornar os serviços sustentáveis e usando de uma forma mais criteriosa os recursos individuais e coletivos, e também porque é mais provável que as pessoas mudem comportamentos de risco quando estão envolvidas em decidir como essa mudança pode

---

<sup>42</sup> **Equidade em saúde** pode ser definida como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos, expressando-se como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde. **Equidade** significa justiça social. **Equidade em saúde** significa que as necessidades das pessoas orientam a distribuição de oportunidades de bem-estar (Nutbeam, 1998, Ministério da Saúde, 2012b; OPSS, 2016).

ocorrer. Através da participação comunitária as pessoas ganham conhecimentos, competências e experiência, o que lhes permite adquirir um maior controlo sobre as suas vidas e sobre as condições sociais existentes (Rifkin, 2009).

Quanto à atuação dos CSP esta decorre habitualmente com equipas multidisciplinares, por vezes fora das unidades de prestação de cuidados, na comunidade, desenvolvendo programas de saúde e projetos de intervenção comunitária que devem ser planeados com os respetivos intervenientes (Biscaia et al., 2008), implicando também o desenvolvimento e o reforço de parcerias entre os diferentes setores da sociedade (OMS, 1997). *“Parcerias, alianças, redes e vários mecanismos de colaboração são processos estimulantes e compensadores que agregam pessoas e organizações para a consecução de metas e realização de ações conjuntas com o propósito de melhorar a saúde das populações”* (OMS, 2005b, p. 9).

Os sistemas de saúde orientados para os CSP são os que melhor conseguem atingir os três objetivos instrumentais na busca de mais saúde para todos: a otimização dos cuidados de saúde, a equidade na distribuição dos recursos e a promoção da autonomia dos cidadãos relativamente à sua saúde (ICN, 2008; Biscaia et al., 2008; Tomblin-Murphy & Rose, 2015). Vários estudos reforçam que os países que têm infraestruturas de CSP mais fortes têm melhores resultados nos indicadores de saúde, nomeadamente ao nível da mortalidade por todas as causas, mortalidade prematura por todas as causas, mortalidade específica das doenças respiratórias e cardiovasculares (Atun, 2004; Biscaia et al., 2008) e ainda ao nível da mortalidade neonatal e anos de vida potencial perdidos por suicídio (Biscaia et al., 2008). Em suma, mostram melhor desempenho, melhores resultados, mais equidade, mais acessibilidade, continuidade de cuidados, melhor relação custo-benefício e maior satisfação dos cidadãos (Atun, 2004). A importância da orientação dos sistemas de saúde para os CSP foi reforçada trinta anos depois da Conferência de Alma-Ata, em 2008, pela OMS através da publicação do Relatório Mundial de Saúde intitulado: *Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais do que Nunca* (OMS, 2008b) e nesse sentido reforçar os CSP continua a ser o foco das reformas dos sistemas de saúde ao nível mundial (Tomblin-Murphy & Rose, 2015).

Em Portugal o acesso aos cuidados de saúde constitui-se como a forma de o Estado garantir aos cidadãos o direito à saúde, tendo sido, conjuntamente com a equidade, considerado como um dos eixos estratégicos do PNS 2012-2016 (OPSS, 2015) aspetos que se mantêm no PNS 2020. Esse direito à proteção da saúde é, no nosso país, efetivado e concretizado através dos CSP onde, de acordo com o n.º 1 da Base XIII da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) assenta o sistema de saúde português (ERS, 2009).

O sistema de saúde português está inequivocamente orientado para os CSP, e quando lhe é aplicado o modelo de medição de Barbara Starfield (para avaliar a orientação dos sistemas de saúde) consegue uma pontuação de 1,6 numa escala de 0 a 2 (sendo o 2, a orientação máxima para este nível de cuidados) o que coloca Portugal no grupo dos países com maior orientação para os CSP. Existem alguns indicadores que são apresentados como fruto desta orientação para

os CSP, nomeadamente ao nível das elevadas taxas de imunização que têm como consequência uma redução substancial ou mesmo erradicação da mortalidade por algumas doenças preveníveis com a vacinação (Biscaia et al., 2008) e ao nível da redução da mortalidade nos vários grupos etários, sendo considerado um dos sistemas de saúde mais consistentemente bem-sucedidos no mundo, nos últimos 30 anos, reduzindo para metade a mortalidade infantil, a cada 8 anos, reduzindo a mortalidade materna e a mortalidade das crianças 1-4 anos (OMS, 2008b). A evolução positiva dos indicadores de saúde em Portugal esteve, em geral, fortemente correlacionada com o número de profissionais dos CSP, em particular com os enfermeiros (Biscaia et al., 2008).

Em Portugal, como em outras partes do mundo, os CSP estão associados aos Centros de Saúde, podendo estes ser considerados como o modelo da unidade de CSP que é capaz de prestar cuidados globais de saúde de um modo custo-efetivo, junto das comunidades, num espírito de parceria com estas (Biscaia et al., 2008). *“Os Centros de Saúde facilitam a fusão de ações de promoção da saúde, prevenção e cuidados curativos dos vários grupos profissionais assim como a coordenação e integração dos seus cuidados”* (Biscaia et al., 2008, p. 32).

Nesse sentido, a mudança mais importante na história do Sistema de Saúde português, porque representa o ponto de viragem para uma cada vez maior orientação para os CSP, foi iniciada pelo Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro, que levou à criação dos Centros de Saúde de 1ª Geração e cuja filosofia antecipou o que sete anos mais tarde foi identificado em Alma-Ata como CSP. A criação do SNS em 1979, e a emergência dos Centros de Saúde de 2ª Geração, fortaleceram ainda mais esta orientação (Biscaia et al., 2008). O Despacho Normativo n.º 97/83, de 22 de Abril, que aprovou o Regulamento dos Centros de Saúde (de 2ª Geração), define-os uma *“unidade integrada, polivalente e dinâmica que presta cuidados de saúde primários, visa a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, e se dirige ao indivíduo, à família e à comunidade”*, devendo *“privilegiar, de modo especial, a personalização da relação entre os profissionais de saúde e os utentes”* (p. 1439).

Os sistemas de saúde continuam a ter, na atualidade, o desafio permanente de caminhar em direção à saúde para todos, ao mesmo tempo que respondem aos desafios de um mundo em mudança e às crescentes expectativas de um melhor desempenho. Isto implica uma reorientação substancial e uma reforma no modo como os sistemas de saúde operam na sociedade atual. Estas reformas constituem a agenda de renovação dos CSP (OMS, 2008b). Um dos aspetos que importa ter em atenção na reorientação atual dos sistemas de saúde é que os recursos, atualmente *“são concentrados nos serviços curativos a elevado custo, negligenciando o potencial da prevenção primária e da promoção da saúde que poderiam prevenir até 70% do fardo da doença”* (OMS, 2008b, p. xiv).

A principal finalidade das reformas da prestação de serviços, advogadas pelo movimento dos CSP, é colocar as pessoas no centro dos cuidados de saúde, para que estes se tornem mais efetivos, eficientes e equitativos. Os serviços de saúde que prestam cuidados centrados nos



cidadãos apostam num relacionamento estreito e direto entre os indivíduos, as comunidades e os profissionais de saúde estabelecendo as condições para *“a continuidade, a compreensividade e a integração, que constituem, no seu conjunto, as características que diferenciam os cuidados primários”* (OMS, 2008b, p. 44). Pesquisas realizadas durante os últimos 30 anos trouxeram evidências de que os cuidados centrados na pessoa são importantes, não só para aliviar a ansiedade do utente mas também para melhorar a satisfação do profissional de saúde. A orientação para a pessoa melhora a qualidade dos cuidados, o sucesso do tratamento e a qualidade de vida daqueles que beneficiam de tais cuidados (OMS, 2008b).

Apesar da referida orientação do sistema de saúde português para os CSP é reconhecida a necessidade do seu reforço e melhoria *“devendo os investimentos nesta área contemplar a providência ao cidadão de um atendimento de qualidade, em tempo útil (melhoria do acesso), com efetividade, humanidade e custos sustentáveis ao longo do tempo”* (ERS, 2009).

Procurando a sua melhoria constante, em 2005, deu-se início em Portugal, a mais uma reforma dos CSP que implicou a reorganização dos serviços de saúde existentes e a criação de novas estruturas. O processo de mudança, que ainda está em curso, passa pela reconfiguração dos Centros de Saúde, através de um duplo movimento: (1) a constituição de pequenas unidades funcionais autónomas prestadoras de cuidados de saúde à população; (2) a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES], promovendo a agregação de recursos e estruturas de gestão (Biscaia et al. 2008; Pisco, 2011).

Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais Centros de Saúde e que têm por missão garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica. Destas unidades funcionais constam as Unidades de Saúde Familiar [USF], as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP], as Unidades de Cuidados na Comunidade [UCC], as Unidades de Saúde Pública [USP] e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP], podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados necessários pelas Administrações Regionais de Saúde [ARS] (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro; Biscaia et al., 2008).

De acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008, cada uma das unidades funcionais é constituída por uma equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica e funciona em intercooperação com as outras unidades funcionais do ACES. Para cada ACES existe somente uma USP e uma URAP. Em cada Centro de Saúde funciona pelo menos uma USF ou uma UCSP e uma UCC ou serviços desta. No sentido de fomentar a participação dos cidadãos deve existir ainda um Conselho da Comunidade e o Gabinete do Cidadão (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro; Biscaia et al., 2008).

A UCC, que de acordo com o Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril, presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e



funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, é coordenada por enfermeiros especialistas, e deve desenvolver parcerias com estruturas da comunidade local (autarquias locais, segurança social, instituições privadas de solidariedade social, associações e outras). Esta Unidade funcional tem na sua carteira de serviços as seguintes áreas prioritárias: a) Contributos para o diagnóstico de saúde da comunidade; b) Intervenções em programas no âmbito da proteção e promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade; c) Projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade; d) Projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados [RNCCI] através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados; e) Projetos de promoção de estilos de vida saudáveis com intervenções a nível de programas de saúde já existentes ou a implementar e desenvolver, em parceria com outras instituições que podem cooperar para a aquisição de hábitos de vida saudáveis da população ao longo do ciclo de vida. Sendo de assinalar que nos Centros de Saúde onde não existem UCC a maioria destas áreas prioritárias são desenvolvidas conjuntamente com todas as outras atividades curativas e de prevenção da doença e promoção da saúde. As UCC podem ser o ponto de partida para um efetivo reconhecimento do trabalho dos enfermeiros na promoção da saúde das comunidades, dando-lhe visibilidade através dos indicadores de desempenho e da monitorização e avaliação dos efetivos ganhos em saúde.

É também no âmbito desta reforma que alguns municípios passaram a ter uma maior colaboração com as Unidades de Saúde na identificação dos principais problemas de saúde e no planeamento das intervenções que daí decorrem (Loureiro et al., 2013).

Em suma, o nosso sistema de saúde, na atualidade, assenta numa Rede de CSP como estrutura de proximidade, continuidade e de acesso privilegiado, centrada no cidadão, família e comunidade (Ministério da Saúde, 2012b) que se pretende cada vez mais promotor de equidade e garantindo o acesso a cuidados de proximidade, com resolutividade, continuidade, qualidade e eficiência conforme foi reafirmado no relançamento da reforma dos CSP em 2016 (Ministério da Saúde, 2016).

Apesar desta orientação para os CSP é de assinalar que, de acordo com o Relatório de Primavera 2015 (OPSS, 2015), em 2014, houve um decréscimo das consultas médicas nos Centros de Saúde acompanhado de um ligeiro acréscimo das consultas médicas domiciliárias e de um acentuado aumento das consultas de enfermagem domiciliárias, por outro lado tem-se verificado um incremento das consultas externas nos hospitais. *“Estes dados parecem contrariar a ideia de um maior investimento nos Cuidados de Saúde Primários”* (OPSS, 2015, p. 36).

### **Os enfermeiros nos cuidados de saúde primários**

Relativamente aos principais grupos profissionais dos CSP, no âmbito deste estudo, importa destacar os enfermeiros. De acordo com o ICN (2008) em qualquer sistema de saúde baseado nos CSP, o papel dos enfermeiros tem um lugar de destaque pois, historicamente a Enfermagem sempre se preocupou com os determinantes mais alargadas da saúde (e.g., a educação, o rendimento, género e o ambiente social). Os cuidados de Enfermagem prestados em contexto do trabalho em equipa nos CSP, têm sido considerados eficazes em termos de custo-benefício, na melhoria da qualidade dos cuidados, na maior satisfação dos utentes, no acesso e na equidade, particularmente nas áreas e populações mais desfavorecidas de serviços de saúde, sendo essenciais para ir ao encontro das necessidades sociais e de saúde das populações (Jacobson, 2012; Tomblin-Murphy & Rose, 2015) sendo importante maximizar esses benefícios através da otimização do papel dos enfermeiros e da avaliação dos resultados da sua prática (Smolowitz et al., 2015).

A partir da Declaração de Munique, a Enfermagem recebeu um forte impulso para desenvolver ainda mais a sua vertente comunitária (WHO, 2000; Correia, Dias, Coelho, Page & Vitorino, 2001). Esta Declaração teve como finalidade a identificação de ações específicas, com vista a apoiar e salientar as capacidades dos enfermeiros, no sentido de contribuírem para a saúde e para a qualidade de vida dos cidadãos a quem prestam cuidados. O ‘enfermeiro de família’ surge pela primeira vez como uma entidade imprescindível no quadro da já referida política ‘Saúde 21’. Na atualidade as organizações de Enfermagem são fortes defensoras do fortalecimento dos CSP, através de reformas dos sistemas de saúde centradas nas necessidades dos cidadãos, em Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis e na Cobertura Universal de Saúde (Tomblin-Murphy & Rose, 2015; Shamian, Murphy, Rose & Jeffs, 2015).

A Enfermagem é considerada, em Portugal, como a profissão da saúde que mais evoluiu na segunda metade do século XX. De uma época marcada pela forte dependência profissional, pouca escolarização e precaridade do corpo de saberes, para uma atualidade baseada na interdependência entre profissões e com um forte crescimento da autonomia profissional, a Enfermagem é, atualmente, uma profissão em constante mudança e adaptação aos novos desafios do sistema de saúde, demográficos e epidemiológicos (Biscaia et al., 2008).

Face aos desafios colocados na atualidade, onde os problemas de saúde e sociais são cada vez mais complexos, os enfermeiros são considerados atores essenciais nas intervenções de promoção da saúde e de combate às desigualdades, pela sua perícia e saberes técnico-científicos e também pelo contacto frequente e contínuo com as pessoas, famílias e comunidades (Pender et al., 2011; Benton, 2012; Kadioglu et al., 2013; Lopes et al., 2015; ICN, 2016). Esta questão das desigualdades assume capital importância pois é reconhecido que as pessoas com maiores necessidades de saúde também podem ser aquelas que têm menos recursos para as superar (OMS, 2015). Sendo uma profissão que já provou o seu dinamismo e a sua capacidade de

adaptação às constantes transformações, incorporando na sua prática reflexões e intervenções sobre novos temas e problemas (Benton, 2012; Zoboli & Schweitzer, 2013) a Enfermagem tem agora mais uma oportunidade para desenvolver uma visão compreensiva, crítica e interativa sobre os velhos e novos problemas sociais e de saúde e contribuir de forma decisiva para a sua resolução. Para tal é necessário que haja por parte dos enfermeiros um compromisso político na transformação daquilo que é incompatível com a dignidade humana, para que sejam eliminadas as desigualdades evitáveis e promovidas as condições que permitam um viver bem e com qualidade (Keller, Strohschein & Schaffer, 2011; Benton, 2012; Kadioglu et al., 2013; Zoboli & Schweitzer, 2013; Ventura et al., 2015).

Os cuidados de Enfermagem, em CSP, integram o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as atividades de informação em saúde com vista à promoção da literacia em saúde, bem como atividades de manutenção, estabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma determinada comunidade. Trata-se de uma prática centrada nos indivíduos, nas famílias e na comunidade, que tem como uma das suas finalidades a promoção de estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade, ao mesmo tempo que respeita e encoraja a independência e o direito dos indivíduos e famílias a tomarem as suas decisões e a assumirem as suas responsabilidades em matéria de saúde, até onde forem capazes de o fazer (WHO, 2000; Correia et al., 2001; Biscaia et al., 2008; ICN, 2008).

No contexto da intervenção comunitária, os enfermeiros podem contribuir decisivamente para melhorar a acessibilidade aos cuidados, para uma efetiva prevenção das doenças crónicas através da promoção de estilos de vida saudáveis e do apoio aos doentes para gerir os quadros clínicos crónicos, de modo a viverem vidas mais longas e saudáveis (ICN, 2008).

A prática da Enfermagem em CSP é de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários assumindo a responsabilidade da identificação das necessidades dos indivíduos, famílias e grupos de determinada área geográfica, assegurando a continuidade dos cuidados e estabelecendo as articulações necessárias (Correia et al., 2001). Os enfermeiros desempenham, também, um papel determinante na formação e supervisão de outros profissionais, bem como no planeamento, organização, monitorização e avaliação dos serviços de CSP (ICN, 2008).

Em Portugal, em 2007, os enfermeiros que trabalhavam nos CSP correspondiam a 27% dos profissionais, e dos 37603 enfermeiros do SNS apenas 19,5% trabalhavam nos CSP<sup>43</sup> (ERS, 2009). A proporção de enfermeiros por 1000 habitantes era, em 31-12-2015, de 6,41 (OE, 2015) e, apesar de ter aumentado nos últimos anos, esta proporção ainda permanece distante dos

---

<sup>43</sup> Não nos foi possível atualizar estes dados tendo em conta que é referido pela OE (2015) a não atualização dos dados relativos ao setor de atividade por mais de 22 mil enfermeiros

valores médios da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] que é atualmente de cerca de 9 enfermeiros por 1000 habitantes (OCDE, 2016a). Em termos distritais existe uma evidente assimetria<sup>44</sup>, o distrito de Beja apresentava uma proporção de 5,95 enfermeiros/1000 habitantes (OE, 2015). É no entanto de salientar que os dados nacionais e regionais do nosso país não dizem respeito apenas os enfermeiros que prestam cuidados diretos à população, estando incluídos os enfermeiros que desenvolvem atividades de gestão, educação e investigação (OPSS, 2015; OCDE, 2016a).

Relativamente à proporção de enfermeiro/médico esta manteve-se, entre 2002 e 2010, em cerca de 1,2 enfermeiros por médico (Dussault & Fronteira, 2010) estando ligeiramente mais elevado em 2013 – 1,4 enfermeiros por médico, valor bastante baixo quando comparado com os valores da Finlândia – 4,8 enfermeiros por médico, ou mesmo com a média dos países da OCDE – 3,8 enfermeiros por médico (OCDE, 2016a). Esta baixa proporção enfermeiro/médico, em Portugal, constitui uma limitação encarecendo os cuidados e tornando-os menos acessíveis, uma vez que habitualmente são os enfermeiros que assumem a maioria dos cuidados domiciliários (OPSS, 2015).

É com base na conceptualização dos CSP e na intervenção comunitária que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária assume a responsabilidade de participar no desenvolvimento e gestão de programas e projetos de intervenção de promotores da saúde da pessoa, grupos ou comunidade (OE, 2010). A atual conjuntura socioeconómica e política impõe novos desafios e exigências ao exercício profissional do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, essencialmente no que diz respeito à otimização das suas competências, com especial enfoque para o planeamento estratégico em saúde, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a elaboração de indicadores que permitam a avaliação sistemática dos níveis de qualidade das suas intervenções e os ganhos em saúde que daí advêm (OE, 2011b).

Dussault e Fronteira (2010) assinalavam uma baixa percentagem de enfermeiros especialistas, no entanto este número tem vindo a crescer, sendo em 2015 (14 833 enfermeiros especialistas) mais do dobro que era no ano 2000 (6740 enfermeiros especialistas) (OE, 2013; OE, 2015). No que diz respeito aos enfermeiros com especialidade em Enfermagem Comunitária o seu número cresceu de 1578 enfermeiros em 2007 (Dussault & Fronteira, 2010) para 2374 em 2015 (OE, 2015), correspondendo a cerca de 16% dos Enfermeiros Especialistas.

Os enfermeiros em Portugal e no Baixo Alentejo, tal como no resto do mundo, são uma força de trabalho feminina: mais de 80% são do género feminino (OE, 2015; INE, 2016b).

---

<sup>44</sup> Coimbra apresentava os valores mais elevados (11,60 enfermeiros/1000 habitantes) e os valores mais baixos pertenciam a Leiria (4,29 enfermeiros/1000 habitantes) (OE, 2015).

### 2.3. PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Apesar de reconhecermos a importância de todos os determinantes da saúde damos especial atenção à promoção de estilos de vida saudáveis dada a sua relevância nesta investigação.

**Estilo de vida** foi definido, no Relatório Lalonde, como um agregado de decisões individuais que afetam a vida e sobre as quais os indivíduos têm algum controlo (Lalonde, 1974), esta perspetiva individual foi posteriormente alterada face à consciência da forte influência das condições externas nas escolhas individuais. Tendo em conta uma visão mais lata, podemos definir os estilos de vida individuais como sendo caracterizados por padrões de comportamento identificáveis, determinados pela interação entre as características pessoais, as interações sociais e as condições de vida socioeconómicas e ambientais, sendo reconhecido que os estilos de vida individuais podem ter um efeito profundo na saúde individual, familiar e coletiva (Nutbeam, 1998; Pender et al., 2011). Sabemos também que os padrões de comportamento que constituem os estilos de vida não são fixos, sendo sujeitos a mudanças e continuamente interpretados e testados em diferentes situações sociais (Nutbeam, 1998). Evidência científica tem demonstrado que existe uma relação entre os estilos de vida dos indivíduos, a sua posição social e económica, as suas condições de vida e o seu estado de saúde (Nutbeam, 1999).

Sendo os estilos de vida individuais influenciados pelos contextos de vida e estando fortemente ligado aos valores, às prioridades e às possibilidades ou condicionamentos práticos relativos às situações culturais, sociais e económicas vivenciadas, podemos afirmar que não há um, mas vários tipos de estilos de vida que podem ser considerados saudáveis, e esta variedade estabelece-se em função do grupo onde cada indivíduo está inserido e das próprias características individuais (Pender et al., 2011). Sendo importante reconhecer que não há um estilo de vida ‘ótimo’ a ser prescrito para todas as pessoas (Nutbeam, 1998).

Um comportamento que ocorre frequentemente e que passa a ser realizado de forma automática ou com pouca tomada de consciência passa a ser considerado um hábito. Os hábitos constituem um importante determinante na forma como nos comportamos. *“Os hábitos são desenvolvidos tão frequentemente que muitas indicações dentro do ambiente servem como sinais para o comportamento. Resultam frequentemente numa adição psicológica para certos comportamentos porque se tornam uma parte penetrante do estilo de vida”* (Pender et al., 2011, p. 177).

Quase todos os comportamentos ou hábitos de um indivíduo têm um impacto sobre o estado de saúde. Neste contexto, é útil distinguir entre os comportamentos adotados intencionalmente para promover ou proteger a saúde e aqueles que podem ser adotados independentemente das consequências para a saúde. Os **comportamentos promotores de saúde** distinguem-se dos **comportamentos de risco** que são definidos separadamente como comportamentos associados a uma suscetibilidade aumentada para a doença.

Comportamentos promotores de saúde e comportamentos de risco (sendo os mais frequentes o consumo de tabaco e de álcool) num maior ou menor grau, estão frequentemente relacionados num padrão mais complexo de comportamentos que definem o estilo de vida (Currie, Hunt & Amos, 1990; Nutbeam, 1998).

Os estilos de vida são, como vimos, um importante determinante da saúde das pessoas e de acordo com George (2014) os estilos de vida saudáveis ocupam um lugar de relevo pela aparente facilidade que apresentam na obtenção de mais ganhos em saúde, no entanto há que reafirmar que as intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis com vista a uma melhoria na saúde devem ser direcionadas não apenas para os indivíduos, mas também para as condições sociais e de vida que interagem para produzir e manter esses padrões de comportamento (Nutbeam, 1998; Laverack, 2008).

Para a OMS, a adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa é o autocuidado mais importante ao longo do ciclo vital, pois a saúde resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros; do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da própria vida; do assegurar que a sociedade em que se vive cria condições para que todos os seus membros possam gozar de boa saúde. A saúde é criada e vivida pelas populações em todos os contextos da vida quotidiana: nos locais onde se aprende, se trabalha, se brinca e se ama (OMS, 1986).

Na promoção de estilos de vida saudáveis importa assim potenciar os fatores protetores, criando condições que permitam a adoção de comportamentos promotores de saúde, e minimizar os fatores de risco através da criação de condições que permitam a redução dos comportamentos que aumentam o risco de se desenvolverem patologias.

### 2.3.1. Adoção de comportamentos promotores de saúde

Alcançar um estilo de vida saudável que promova a saúde, deve ser uma meta das pessoas de todas as idades, através da adoção de comportamentos promotores da saúde que têm como fim a manutenção de um estado de saúde positivo (Pender et al., 2011).

Os comportamentos de saúde<sup>45</sup> podem ser motivados pelo desejo de proteger a saúde, de ativamente evitar a doença, detetá-la precocemente, ou manter-se funcional apesar das limitações que esta provoca: comportamento de prevenção da doença, ou pelo desejo de aumentar o bem-estar, o nível de saúde de uma pessoa e de atualizar o potencial de saúde humano, na presença ou ausência de doença: comportamento promotor da saúde (Pender et al., 2011).

Na idade adulta, quando as vulnerabilidades humanas se tornam mais aparentes, usualmente coexistem ambas as motivações (prevenção da doença e promoção da saúde) para o

---

<sup>45</sup> **Comportamento de saúde** - Qualquer atividade desenvolvida por um indivíduo, independentemente do estado de saúde real ou percebido, com a finalidade de promover, proteger ou manter a saúde, quer esse comportamento seja ou não objetivamente eficaz para esse fim (Nutbeam, 1998).

comportamento de saúde. Por exemplo, um idoso pode ser motivado para correr, a fim de melhorar a sua resistência e energia (promoção da saúde) mas também para evitar as doenças cardiovasculares (prevenção da doença). As pessoas mais jovens e as crianças são mais suscetíveis de ser motivados para comportamentos positivos saudáveis porque, a maioria das vezes, não conseguem antecipar os estados negativos (doenças) que poderão ocorrer no futuro, portanto, preveni-los carece de relevância, sendo mais comum, por isso, envolverem-se em comportamentos de saúde por prazer ou para o incremento da sua aparência física e atratividade para os outros (Pender et al., 2011). Ainda que a motivação seja a aproximação a um estado positivo: promover a saúde, o resultado é geralmente duplo pois a adoção de comportamentos promotores de saúde em geral (e.g., a prática de uma alimentação saudável, realizar exercício físico, gestão adequada do *stress* e a responsabilidade em saúde) diminuem o risco de doenças crónico-degenerativas (Quevedo, 2001).

*“Na verdade a promoção da saúde e a prevenção da doença são processos complementares. Ambos são cruciais para a qualidade de vida em todos os estádios”* (Pender et al., 2011, p. 6), pois ao mesmo tempo que se procura evitar os fatores de risco há que procurar potenciar os fatores protetores, *“desenvolver e organizar os recursos existentes e criar novos recursos, para melhorar o nível de bem-estar e a sustentabilidade dos processos, incluindo nas situações de recuperação/reabilitação de doença”* (Loureiro & Miranda, 2010, p. 53). Sendo de reforçar que nunca é tarde para se adotarem comportamentos de promoção da saúde (Nuñez et al., 2003; OMS, 2002; Papalia et al., 2006; Davim et al., 2010).

Em suma, **comportamentos promotores de saúde** podem ser definidos como, todas as ações quotidianas desenvolvidas no sentido de promover, proteger e manter a saúde, potenciando ao máximo a autonomia no autocuidado, através de uma vida ativa que traga satisfação e realização pessoal, tendo como resultado uma melhoria na saúde, melhoria na capacidade funcional e na qualidade de vida em todas as fases de desenvolvimento (Nutbeam, 1998; Pender et al., 2011). Sendo ainda definidos como *“uma expressão da atual tendência do ser humano dirigida para um estado de bem-estar ótimo, realização pessoal e uma vida produtiva”* (Pender et al., 2011, p. 108).

O conjunto de comportamentos promotores da saúde adotados no quotidiano define o **estilo de vida promotor da saúde** que pode ser definido como um padrão multidimensional de ações e perceções que servem para manter ou aumentar o nível de bem-estar e a autorrealização do indivíduo tendo como principais componentes as seguintes dimensões:

- Responsabilidade em saúde;
- Atividade física;
- Nutrição;
- Relações interpessoais;
- Crescimento espiritual;
- Gestão do *stress* (Pender et al. 2011).



Estas dimensões podem ser avaliadas através do HPLP II (*Health Promotion Lifestyle Profile II*) instrumento que foi desenvolvido tendo por base o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e que providencia importante informação para o desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde. A sua versão original (Walker, Sechrist & Pender, 1987) foi revista dando origem à versão atual (Walker, Sechrist & Pender, 1995a).

**Responsabilidade em saúde** - Envolve um sentido ativo de responsabilidade pelo bem-estar pessoal através de uma atenção cuidada relativamente à saúde individual, que inclui a procura ativa de informação sobre a saúde e ser um consumidor informado na procura de cuidados de saúde profissionais (Walker & Hill-Polerecky, 1996). Está relacionada com o autocuidado para a promoção da saúde, requerendo que a pessoa tenha o conhecimento e as competências necessárias para manter e aumentar a sua saúde: literacia em saúde (Pender et al., 2011).

As atividades de **autocuidado** são os comportamentos de promoção da saúde que permitem que os indivíduos tomem a iniciativa e a responsabilidade de manter a sua própria saúde ao longo da vida, sendo por vezes necessário que sejam estimulados e apoiados para assumir essa responsabilidade (Acton & Malathum, 2000). Os componentes do cuidado têm sido descritos como um contínuo, que num dos extremos contém o autocuidado, ou seja, a responsabilidade individual na promoção da saúde e bem-estar individuais, seguido da autogestão para lidar com a doença; a que se segue o cuidado partilhado, onde os profissionais e os indivíduos trabalham em conjunto para gerir uma situação de saúde, e no outro extremo do contínuo encontra-se o cuidado dependente que pode ocorrer em função de uma doença aguda ou crónica e onde existe pouca ou nenhuma oportunidade de autocuidado (Pender et al., 2011). O autocuidado para promover a saúde ao longo da vida tem ganho cada vez maior importância e pode ser definido como as atividades deliberadamente iniciadas ou executadas por um indivíduo, família ou comunidade para alcançar, manter ou promover o máximo de saúde e bem-estar (Pender et al., 2011).

Os enfermeiros têm um papel determinante ao longo desse contínuo de cuidado, não só no cuidado partilhado ou no cuidado dependente mas também no autocuidado, facilitando os processos de capacitação e o acesso a informação adequada para que os indivíduos possam tomar as suas decisões apropriadas de autocuidado, saúde e bem-estar e assumir o papel de ator principal na promoção da sua saúde. Para isso é fundamental que as práticas reconheçam que todos *“têm uma capacidade e uma responsabilidade na promoção da saúde, capacidade que importa reconhecer e desenvolver. É pela reflexão sobre o que ela faz e sobre o sentido que ela lhe dá que qualquer pessoa se pode descobrir ator de saúde”* (Honoré, 2004, p. 263). Nas pessoas mais velhas existe a permanente necessidade de avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem através da apreciação do comportamento de autocuidado e nesse sentido destacamos o M65+Autocuidado, modelo desenvolvido por C. Fonseca (2013) e que assenta numa estrutura conceitual que integra a avaliação do autocuidado, da capacidade funcional e capacidade de conhecimento.



A **literacia em saúde** permite a tomada de decisões fundamentadas no decurso da vida do quotidiano em diferentes contextos (em casa, na comunidade, no local de trabalho, na utilização dos serviços de saúde, no mercado e no contexto político) permitindo aumentar o controlo sobre a saúde, ao nível da procura de informação e do assumir da responsabilidade pela sua saúde (Kickbusch, Wait & Maag, 2005). *“Para além das suas aptidões básicas, a literacia em saúde requer, adicionalmente, o conhecimento de temas de saúde. Sem este conhecimento não se pode compreender, por exemplo, a relação entre o estilo de vida, outros fatores determinantes e os resultados em saúde”* (Loureiro & Miranda, 2010, p. 141). Importa pois não só transmitir a informação adequada mas sobretudo providenciar as condições para que essa informação se transforme em comportamentos saudáveis (Kickbusch et al., 2005), tendo consciência que os indivíduos com menor escolaridade têm frequentemente maior dificuldade em expressar as suas dúvidas ou em manifestar que não compreenderam, porque sentem alguma vergonha ou como forma de preservar a sua dignidade (Loureiro & Miranda, 2010).

A literacia em saúde é considerada uma estratégia de empoderamento para tornar os indivíduos e as famílias capazes de se tornarem responsáveis pela sua saúde (Pender et al., 2011). Competências de literacia em saúde habilitam os indivíduos, as famílias e as comunidades para uma participação plena nas atividades de promoção da saúde e para praticarem comportamentos de autocuidado para a promoção da saúde e do bem-estar. Razão porque a *“promoção de melhores níveis de literacia em saúde das pessoas em Portugal assume-se como estratégia incontornável para uma melhor saúde e para uma utilização mais racional dos cuidados de saúde, especialmente em tempo de crise”* (OPSS, 2012, p. 56). Como já referimos anteriormente, no âmbito do atual PNS, a promoção da literacia é identificada como um caminho para a melhoria da saúde da população portuguesa (Ministério da Saúde, 2015; Despacho n.º 3618-A/2016 de 10/03/2016).

**Atividade física** - Esta dimensão comportamental implica que haja por parte dos indivíduos uma participação regular em atividade física (que pode ser leve, moderada e/ou vigorosa) como um elemento da vida quotidiana, de atividades de lazer ou então como um programa planeado e monitorizado relacionado com questões de aptidão e de saúde (Walker & Hill-Polerecky, 1996). A atividade física incorporada na vida quotidiana (e. g., caminhar em vez de usar o carro para curtas distâncias, usar as escadas em vez de elevadores) pode ser tão efetivo como um programa de exercícios estruturado (Papalia et al., 2006).

É recomendado e considerado essencial que cada indivíduo faça, pelo menos, trinta minutos de marcha regular diariamente (George, 2014). A atividade física regular e moderada pode retardar o declínio funcional e prevenir ou controlar as doenças crónicas (OMS, 2005a) traduzindo-se em benéficos ao nível físico (e. g., manutenção do peso saudável e redução do risco de obesidade, redução do risco cardiovascular, melhoria da função imunitária, manutenção da força muscular, melhoria da capacidade respiratória, da flexibilidade e da saúde articular) (OMS, 2007; Camões & Lopes, 2008; Thompson & Voss, 2009) e ao nível psicossocial (e. g., redução do *stress* e da

sintomatologia depressiva e o aumento da sensação de bem-estar, envolvendo maiores níveis de autoconfiança e consequente satisfação pessoal) (Hooker et al., 2005; OMS, 2007) e até ao nível cognitivo (e.g., melhoria da cognição, aumentando o fluxo sanguíneo e o transporte de oxigénio para o cérebro e a consequente formação dos neurónios e mantendo o volume do cérebro, e prevenindo o risco de declínio cognitivo (Williams & Kemper, 2010).

Existem duas categorias que podem influenciar os padrões de atividade física: as características individuais que incluem: motivação, autoeficácia, habilidades motoras e outros comportamentos de saúde; e as características ambientais: como o acesso ao trabalho ou espaços de lazer, custos, barreiras de disponibilidade temporal e suporte sociocultural (Sherwood & Jeffery, 2000; Easom, 2003). Daí resulta que haja necessidade de testar os efeitos de diferentes intervenções para incrementar a atividade física das pessoas adultas, que devem promover a autoeficácia e minimizar as barreiras (Easom, 2003; Ming et al., 2006), sendo ainda recomendado o uso de técnicas de supervisão do exercício realizado, o uso de estratégias motivacionais (e.g., suporte social, controlo do estímulo, autorregulação, educação para a saúde, auto-monitorização, fixação de metas, gestão das dificuldades, compromisso, reforço, resolução de problemas e prevenção de recaídas qualquer destes pode ser feito de forma presencial ou através de chamadas telefónicas) e por último o uso de mediação que se deve manter por um período longo prevenindo as desistências (Nuñez et al., 2003; Conn et al., 2003; Hooker et al., 2005; Park et al., 2011). Sendo reforçada a importância da colaboração multidisciplinar nas intervenções promotoras da atividade física (Park et al., 2011).

**Nutrição** - Esta dimensão comportamental é apontada como determinante no estilo de vida promotor de saúde, implicando o conhecimento sobre a seleção e consumo de alimentos essenciais para saúde, sustento e bem-estar. Inclui a escolha de uma dieta saudável diária consistente com as orientações do Guia da Pirâmide Alimentar (Walker & Hill-Polerecky, 1996) ou, como é comumente usada em Portugal, da Roda dos Alimentos.

O objetivo principal da promoção e adoção de um comportamento alimentar saudável é o contributo para a criação de um sistema alimentar mais sustentável, saudável e equilibrado que simultaneamente otimiza a saúde das pessoas e previne os estados de morbilidade decorrentes de uma alimentação inadequada (WHO, 2003; Graça & Gregório, 2013) sendo recomendado que as pessoas diminuam o consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas, açúcar e sal, aumentando os consumos de frutos e vegetais (WHO, 2003). As dietas prescritas para as doenças crónicas mais comuns tal como as doenças cardiovasculares e a diabetes podem ter um efeito protetor na saúde física das pessoas mas também na redução do declínio cognitivo, a transmissão desse conhecimento pode ajudar à adesão a essas dietas (Williams & Kemper, 2010).

O estado nutricional é um componente importante na saúde ao longo de toda a vida e também no envelhecimento pois apesar das necessidades energéticas diminuírem com a idade, as necessidades de nutrientes essenciais mantêm-se, sendo de crucial importância o equilíbrio entre a energia e os nutrientes, uma vez que um peso corporal mantido em pessoas idosas pode ser um

indicador de boa saúde (OMS, 2007), nesse sentido e como o excesso de peso parece tornar-se mais comum à medida que as pessoas envelhecem, como consequência de um maior desequilíbrio entre o que se consome e o que se gasta, há que apostar na sua prevenção através de dieta saudável e de atividade física regular (Papalia et al., 2006).

Existem biomarcadores que nos permitem avaliar o estado nutricional das pessoas como o IMC, dados antropométricos, bem como marcadores séricos. A avaliação do IMC pode ser importante para avaliar os riscos relativos a muitas doenças crónicas, como já referimos, sendo um importante fator para ser incluído em estudos sobre o risco e sobre promoção da saúde (Thompson & Voss, 2009).

**Relações interpessoais** - Implicam a utilização de comunicação para atingir uma sensação de intimidade e proximidade significativas nas relações com os outros, envolvendo a partilha de pensamentos e sentimentos através de mensagens verbais e não-verbais (Walker & Hill-Polerecky, 1996). Na interação humana, os indivíduos e os grupos dão e recebem **suporte social**, num processo recíproco e um recurso interativo que fornece conforto, assistência, encorajamento e informação.

Uma rede de relações interpessoais que fornece recursos psicológicos e materiais no sentido de beneficiar a capacidade dos indivíduos para lidar com a adversidade é o que define a existência de suporte social. *“O suporte social tem sido correlacionado com a adoção de outros comportamentos de saúde ou com a cessação de comportamentos de saúde”* (Pender et al., 2011, p. 228).

O suporte social pode dividir-se em quatro categorias: emocional (refere-se à demonstração de cuidado, empatia, amor e confiança), instrumental (inclui um suporte tangível através de ações, incluindo bens e serviços), informativo (fornecimento de conselhos, informações pessoais e sugestões) e de avaliação (refere-se à prestação de apoio de afirmação ou de feedback construtivo que é útil para autoavaliação). *“O tipo de suporte, que é benéfico numa determinada altura, varia em função da natureza ou estágio da situação enfrentada”* (Pender et al., 2011, p. 219).

Os sistemas de suporte são sinérgicos e representam os recursos para apoiar os desafios inerentes a cada etapa de vida. Alguns sistemas serão dominantes em diferentes pontos do ciclo de vida, por exemplo os amigos são sistema de suporte dominante para os jovens adultos e a rede familiar e os amigos são as fontes mais importantes de apoio para as pessoas idosas (Pender et al., 2011).

Na maioria dos casos, a família representa o grupo de suporte primário, desempenhando um papel significativo de suporte social e como construtor e fonte de capital social através da nutrição, cuidado, socialização, valores, atitudes, expectativas e padrões comportamentais habituais. Desempenha ainda um papel crucial no desenvolvimento das crenças em saúde e na adoção de comportamentos de saúde por cada um dos membros, a inexistência de uma rede social apoiante pode interferir de forma negativa na mudança comportamental, limitando o tempo e a energia disponíveis para o comportamento de saúde ou induzindo *stress*, o que compromete a adoção de comportamentos saudáveis (Pender et al., 2011). As pessoas casadas, especialmente os homens, tendem a ser mais saudáveis fisicamente e psicologicamente do que aquelas que nunca se casaram

ou que são viúvas, separadas ou divorciadas; podendo viver mais tempo, levar vidas mais saudáveis e seguras, tendo uma situação financeira mais segura o que contribui para a sua saúde física e mental (Papalia et al., 2006).

Para além do sistema de suporte natural (família) existem outros sistemas de suporte como os colegas de trabalho, grupos religiosos, grupos de autoajuda<sup>46</sup> (Pender et al., 2011) que podem fazer parte do local onde as pessoas residem ou trabalham. Tal como a família estes sistemas de suporte social também influenciam o comportamento de saúde, funcionando como um sistema de referência informal para a tomada de decisão individual para procurar cuidados de saúde profissionais para a promoção da saúde, prevenção da doença ou tratamentos, determinando inclusivamente a medida em que é realmente seguido, o aconselhamento de profissionais de saúde (Pender et al., 2011).

Os grupos sociais trazem contributos para a saúde através da criação de um ambiente promotor ao crescimento, que apoia os comportamentos promotores de saúde, a autoestima e um elevado bem-estar; diminuindo a probabilidade de eventos que ameaçam a vida ou que causem *stress*; fornecendo *feedback* ou confirmação de que as ações conduzem a consequências esperadas e socialmente desejáveis; amortecendo ou mediando os efeitos negativos dos eventos causadores de *stress* através da sua interpretação e das respetivas respostas emocionais, reduzindo deste modo o potencial de produção de doença. Servem ainda para partilhar as preocupações sociais, proporcionar intimidade, evitar o isolamento, respeitar as competências individuais, prestar assistência em momentos de crise, servir como referência e fornecer desafios mútuos (Pender et al., 2011).

A existência de uma rede social de suporte está também associada à recuperação de doenças graves e ao aumento da procura de cuidados preventivos (Rocha et al., 2009). O compromisso com atividades sociais é também um fator promotor do envelhecimento saudável (Williams & Kemper, 2010). A convivência social e o apoio emocional podem promover um senso de significado ou de coerência na vida, ajudar a minimizar o *stress* e influenciar positivamente os comportamentos de saúde ao nível da nutrição, repouso, atividade física, evitar o abuso de substâncias e a obter a assistência médica necessária (Papalia et al., 2006).

**Crescimento espiritual** - Numa abordagem holística da saúde é crucial ter em conta os aspetos ligados à saúde e ao crescimento espiritual (Pender et al., 2011). O crescimento espiritual está relacionado com o desenvolvimento de recursos internos através da transcendência, conexão e desenvolvimento. A transcendência coloca-nos em contacto com o nosso Eu mais equilibrado, que nos proporciona paz interior e nos abre à possibilidade de criação de novas oportunidades para evoluirmos, indo além de quem somos naquele momento. A conexão transmite-nos uma sensação de harmonia, integridade e ligação com o Universo. O desenvolvimento permite maximizar o

---

<sup>46</sup> **Grupos de Autoajuda** - No contexto da promoção da saúde, corresponde às ações de ajuda mútua entre indivíduos e grupos, realizadas por leigos (ou seja, não profissionais de saúde) para mobilizar os recursos necessários para promover, manter ou restaurar a saúde de indivíduos ou comunidades (Nutbeam, 1998).

potencial humano de bem-estar através da busca de um sentido, um propósito, trabalhando em direção a objetivos de vida (Walker & Hill-Polerecky, 1996).

A saúde espiritual pode ser definida como a habilidade para desenvolver os seus recursos internos ao seu máximo potencial, incluindo a habilidade para descobrir e articular a sua finalidade de vida, para aprender a experimentar amor, alegria, paz e realização, ajudando-se a si e a outros a atingir o seu máximo potencial.

**Gestão do stress** - Implica a identificação e mobilização de recursos psicológicos e físicos para efetivamente controlar ou reduzir o *stress* (Walker & Hill-Polerecky, 1996). O *stress* é uma experiência humana inevitável e incontornável em qualquer sociedade e ainda mais numa sociedade caracterizada por rápida e constante mudança (Pender et al., 2011). O *stress* é um objeto de interesse teórico e prático por parte da Enfermagem, tendo sido estudado para entender a sua relação com a doença e como intervir e promover a saúde através da promoção da resistência ao *stress* e da resiliência global dos indivíduos e famílias (Pender et al., 2011).

Atualmente o *stress* está a ser cada vez mais investigado como fator de risco para diversas doenças crónicas. Considerando que um certo nível de *stress* é normal na idade adulta, é o *stress* intenso e prolongado que parece preocupar os investigadores e também o facto de algumas pessoas alterarem a sua reação a eventos causadores de *stress* à medida que envelhecem, o que pode trazer consequências para a sua saúde, pois parece enfraquecer o sistema imunológico (Papalia et al., 2006). O *stress* pode ainda agir indiretamente sobre a saúde das pessoas através de outros fatores do estilo de vida, pois as pessoas sob *stress* podem dormir menos, fumar e beber mais, alimentar-se mal e darem pouca atenção à sua saúde (Papalia et al., 2006).

### 2.3.2. Redução dos comportamentos de risco

Comportamentos de risco são formas específicas de comportamento comprovadamente associadas a uma maior suscetibilidade de doença ou défice específico. Dentro do quadro mais amplo da promoção da saúde, o comportamento de risco pode ser visto como uma resposta, ou mecanismo para lidar com condições de vida adversas. As mudanças nos comportamentos de risco são os principais objetivos da prevenção de doenças e, tradicionalmente, a educação em saúde tem sido usada para atingir esses objetivos (Nutebeam, 1998).

Os estilos de vida são frequentemente, como já referimos, uma mistura de comportamentos saudáveis e de comportamentos não saudáveis onde os mais frequentes são os **consumos de tabaco e álcool**, considerados como importantes determinantes da saúde das pessoas, o que nos levou a inclui-los nesta investigação.

O tabagismo e o abuso do álcool são, como vimos, dois grandes fatores de riscos para a saúde das pessoas merecendo imediata ação dentro da perspetiva das políticas de saúde (United Nations, 2011; OPAS, 2012; George, 2012). Diversas pesquisas salientam a existência de uma relação entre o

tabagismo e o consumo de álcool, sugerindo ainda, que os fumadores são bastante consistentes no seu comportamento não saudável, considerando o tabagismo como uma porta de entrada para um estilo de vida pouco saudável em geral (Stefansdottir & Vilhjalmsón, 2007).

O álcool contribui para distúrbios sociais e traumas físicos e mentais (OMS, 1998; Papalia et al., 2006). O álcool representa um tóxico de fácil acesso e baixo custo, que é aceite socialmente (Schuckit, 1998; Papalia et al., 2006). O abuso de álcool está associado a outros riscos, como o aumento da sinistralidade rodoviária. O alcoolismo é considerado uma doença crónica que envolve a dependência patológica de álcool e causa desajustes no funcionamento normal e no cumprimento das obrigações sociais (Papalia et al., 2006).

## 2.4. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Enfermagem, como outras profissões da saúde, procura contribuir para o pleno desenvolvimento humano sendo este entendido, pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, como *“o processo de alargamento das escolhas das pessoas, conduzindo, idealmente, a uma vida longa e saudável, a um bom nível de educação e à obtenção dos recursos necessários para um padrão de vida condigno. Assim o índice de desenvolvimento humano é avaliado segundo três vertentes: esperança de vida com saúde (longevidade com saúde), grau de literacia e capacidade de controlo dos recursos”* (Loureiro & Miranda, 2010, p. 14).

Os **cuidados de enfermagem** têm como objeto *“o bem-estar do cliente no seu quotidiano - quase sempre uma pessoa, com frequência um grupo e por vezes uma comunidade”* (Basto, 2009, p. 12), devendo ter como objetivo principal a maximização desse bem-estar e a promoção do autocuidado (OE, 2003). Os enfermeiros procuram, em conjunto com os indivíduos, famílias e comunidades, criar as condições mais favoráveis para a expressão de um elevado nível de saúde e de bem-estar (Pender et al., 2011). Os cuidados de Enfermagem desenvolvem-se assim, com a intenção de promover ou manter a saúde, atendendo às especificidades da pessoa, que necessita desses cuidados, e procurando a sua capacitação, o seu empoderamento e a sua responsabilização. Surgem sempre que necessários, procuram colocar a pessoa no centro dos cuidados, numa lógica de prevenção da doença e de promoção da saúde ao longo do ciclo vital, visando a adoção e manutenção de comportamentos promotores da saúde, informando, apoiando e encaminhando para outros profissionais de saúde, sempre que necessário. De acordo com os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2002) os cuidados de Enfermagem deverão estar focados na promoção dos projetos individuais de saúde, que cada pessoa vive e persegue, procurando ao longo do ciclo vital prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida.

No que diz respeito às pessoas que estão a passar por processos de transição, os enfermeiros devem dar-lhes assistência durante as mudanças e exigências que as transições provocam nas suas

vidas, ajudando-os a preparar-se para as transições iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências. Assim, o enfermeiro trabalha com as pessoas antes, durante e após o processo de transição (Meleis, 2007), facilitando esse processo e procurando que o resultado dessa experiência, seja a saúde e o bem-estar percebido (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

Neste sentido, o **cliente dos cuidados de Enfermagem** deve ser perspectivado como um ser humano, numa situação de saúde-doença, com necessidades específicas, que é parte integrante do seu contexto sociocultural – ambiente, com o qual está em constante interação, influenciando-o e sendo influenciado, tendo a capacidade de se adaptar às mudanças pode no entanto, experimentar ou estar em risco de experimentar um desequilíbrio, devido a doença, risco de doença ou vulnerabilidade (Meleis, 2005; Basto, 2012). Sendo considerado como o principal autor na gestão do seu processo de saúde-doença, sempre que necessário deve ser capacitado para tomar decisões, resolver os problemas à medida que vão surgindo e/ou mudar comportamentos de saúde.

A relação de parceria que se estabelece entre o enfermeiro e os indivíduos deve, no âmbito da promoção da saúde, ser uma partilha de ideias, conhecimentos e capacidades, respeitando as diferentes perspetivas, analisando as atitudes face aos cuidados sociais e de saúde de forma a chegar a consensos e a decisões conjuntas acerca das atividades e programas de promoção da saúde (Squire, 2005).

Tendo tudo isto em conta, a promoção da saúde é um conceito bem adequado aos interesses da Enfermagem e dos seus utentes. Muitos dos contextos onde os enfermeiros desenvolvem o seu trabalho são a localização ideal para a promoção da saúde (escolas, domicílios, locais de trabalho e serviços de saúde). Os enfermeiros são competentes em muitas áreas necessárias à promoção da saúde – educação, aconselhamento e advocacia. Simultaneamente os seus utentes são habitualmente recetivos às intervenções de enfermagem de promoção da saúde, porque confiam nos enfermeiros e estão acostumados a procurar a assistência nesses profissionais para lidar com as suas necessidades de saúde (McCullagh, 2013).

A promoção da saúde e a adoção de um estilo de vida saudável uma das preocupações dos enfermeiros em geral e dos enfermeiros comunitários em particular (Quevedo, 2001). A Promoção da Saúde das comunidades desenvolvem-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde, no centro deste processo encontra-se a capacitação e o reforço do poder das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos (OMS, 1986) pois as comunidades bem organizadas e capacitadas (*empowered communities*) são muito eficazes na determinação da própria saúde, sendo capazes de responsabilizar os governos e o setor privado pelas consequências para a saúde das suas políticas e práticas (OMS, 2005b).

Apesar dos enfermeiros estarem conscientes da importância de atividades de promoção da saúde nem sempre isso se reflete na sua prática, sendo que alguns enfermeiros podem não ver essas atividades como uma prioridade (sobretudo se estiverem muito ocupados com outras atividades),



outros podem ter falta de conhecimentos, ferramentas e do suporte necessário para passar da teoria para a prática no que diz respeito à promoção da saúde (Sanders, 2006; Runciman et al., 2006).

Apesar do seu trabalho na promoção da saúde nem sempre está suficientemente visível ou documentado, e por isso nem sempre é reconhecido (Runciman et al., 2006) e da efetividade das suas intervenções não estar suficientemente documentada (Laws et al., 2010), os enfermeiros, em particular os que trabalham na comunidade, são os profissionais de saúde que desenvolvem um trabalho de maior proximidade e continuidade com os utentes, famílias e comunidades nos seus processos de saúde-doença e nos diferentes contextos (incluindo o domicílio), sendo por isso elementos-chave no desenvolvimento de cuidados essenciais de saúde e de atividades promotoras de saúde, em todas as fases do ciclo vital, sem esquecer as populações mais vulneráveis, reforçando a importância da adoção de estilos de vida saudáveis com vista a uma vida longa, ativa e saudável, garantindo a participação dos cidadãos e o envolvimento de todos os parceiros para que se alcance uma compreensão profunda dos contextos locais e se adequem as intervenções às necessidades detetadas (Nuñez et al., 2003; Smith & Bazini-Barakat, 2003; Manthorpe et al., 2004; Drennan et al., 2005; Runciman et al., 2006; Ming et al., 2006; Laws et al., 2008; Ward & Verinder, 2008; Laws et al., 2010; Benton, 2012; Kadioglu et al., 2013; Ventura et al., 2015; ICN, 2016). Os enfermeiros consideram que este papel de promotor da saúde está em consonância com a filosofia da profissão relativa à prestação de cuidados holísticos, sendo este papel dos enfermeiros bem aceite pelos utentes e famílias (Laws et al., 2010).

Os enfermeiros são, como já referimos, e o maior grupo profissional a trabalhar em contexto comunitário, sendo o que está mais próximo da comunidade, das famílias e dos indivíduos numa relação de proximidade frequente e contínua, por isso conhecem de forma mais completa as suas necessidades e dificuldades, desempenhando *“um papel vital nos serviços de promoção da saúde e de prevenção da doença, disponíveis para todas as populações, incluindo os mais desfavorecidos e vulneráveis”* (Pender et al., 2011, p. 8) e devido à sua perícia e ao contacto frequente e contínuo com os clientes, os enfermeiros, têm uma oportunidade única de liderar as intervenções e os outros profissionais de saúde na promoção de uma melhor saúde das comunidades, devendo estar na vanguarda do desenvolvimento de programas interativos de promoção da saúde e de intervenções comportamentais que tiram partido dos emergentes avanços da tecnologia da informação. A abordagem desses programas de promoção da saúde deve ser individualizada pois uma abordagem ‘igual para todos’ está ultrapassada (Pender et al., 2011).

O papel de destaque em contexto comunitário implica também que os enfermeiros devem *“servir como modelos de estilos de vida promotores da saúde e como líderes para influenciar as comunidades para a promoção da saúde”* (Pender et al., 2011, p. 8).

Os enfermeiros, e em particular os que trabalham nos CSP, devem continuar a trabalhar para aumentar a acessibilidade dos recursos de saúde e para que a promoção da saúde e a prevenção da doença de alta qualidade estejam disponíveis para todos (Pender et al., 2011).



Intervir ao nível da saúde das populações, numa ótica de empoderamento, implica conhecer as situações do ponto de vista epidemiológico, conhecer a forma de funcionamento do sistema de saúde e conhecer o grau de satisfação das pessoas com os serviços, o seu nível de literacia, os códigos e canais de comunicação já estabelecidos, o caráter da sua intervenção na vida política, social e ambiental (Loureiro & Miranda, 2010). Neste sentido torna-se fundamental a preparação dos profissionais que desenvolvem ações de promoção da saúde, sendo também determinante a criação de mecanismos que tornem efetiva a capacidade dos cidadãos para intervirem nos *“determinantes da sua saúde e nas decisões que lhes dizem respeito. As suas escolhas, mesmo voluntárias, realizam-se a partir da interação entre a oferta disponível e a capacidade de seleção estando, no entanto, condicionadas à posição social de cada um”* (Loureiro & Miranda, 2010, p. 155).

As orientações atuais, baseadas na evidência, sugerem que há que adotar estratégias que tenham por base uma visão mais positiva da saúde e do bem-estar das pessoas saudáveis e das pessoas portadoras de doenças crónicas e que as abordagens comunitárias têm um maior impacto na saúde dos indivíduos, no entanto, continuam a ser usados programas tradicionais que se centram sobretudo num modelo orientado para a prevenção da doença, focando-se em atividades ligadas à saúde cardiovascular, dieta e exercício físico predominantemente, de forma individual e não planeada (Sawatzky & Naimark, 2005; Runciman et al., 2006) e baseados na premissa de que os indivíduos têm controlo total na escolha do seu estilo de vida o que não acontece de forma absoluta sobretudo em sociedades tradicionais e onde existam desvantagens do ponto de vista social (Drennan et al., 2005; Ming et al., 2006). A adoção de estratégias de promoção da saúde mais participativas e multidisciplinares programadas que adotem as duas abordagens – preventiva e promotora de uma saúde positiva – sem que nenhuma delas seja predominante têm maior possibilidade de ser mais efetivas (Nuñez et al., 2003; Ming et al., 2006; Runciman et al., 2006; Rocha et al., 2009).

Tendo tudo isto em conta, e de acordo com a perspetiva holística aqui defendida, importa que os indivíduos participem de uma forma ativa no processo de promoção da saúde, ou em qualquer um dos níveis de prevenção da doença, responsabilizando-se pelos seus comportamentos e atitudes, escolhendo e assumindo as suas opções, com base em conhecimentos sobre a sua forma de funcionar, sobre os fatores de risco das doenças, sobre os comportamentos e atitudes que promovem a saúde a pessoa poderá aprender a modificar certos padrões de vida e a criar outros (Reis, 2005). O Enfermeiro agirá sobretudo como um facilitador da tomada da decisão e do processo de capacitação que eventualmente seja necessário.

### **2.4.1. O Modelo de promoção da saúde**

O Modelo de Promoção da Saúde - *Health Promotion Model* [HPM] – foi desenvolvido por Nola Pender e o primeiro teste da versão inicial foi publicado em 1990 por Pender, Walker, Sechrist e Frank-Stromborg (Pender et al., 2011). Com base em investigação posterior o HPM foi revisto e publicado em 1996, na terceira edição do livro *Health Promotion in Nursing Practice* (Tomey &

Alligood, 2004), cuja sexta edição, foi publicado em 2011 por Pender, Murdaugh e Parsons. O HPM foi revisto com base em considerações teóricas e investigações mais recentes por forma a aumentar o seu poder explicativo e o seu potencial para ser usado em intervenções de enfermagem estruturantes de promoção da saúde (Pender et al., 2011; McCullagh, 2013). A versão atual do HPM apresenta uma perspetiva holística que integra a Enfermagem, a Psicologia Social e a Teoria da Aprendizagem (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2011).

O HPM é um modelo de médio alcance sendo altamente generalizável às populações adultas. A investigação utilizada para criar o Modelo baseou-se em amostras masculinas e femininas, de jovens, de adultos e de idosos, de pessoas doentes e saudáveis pelo que possui um forte suporte empírico (Tomey & Alligood, 2004). Pode ser usado ao longo do ciclo vital propondo uma forma de explicar e prever o componente promotor de saúde do estilo de vida, constituindo a base para estudar o modo como as pessoas tomam decisões sobre a sua saúde, explorando os complexos processos biopsicossociais que motivam as pessoas a adotar comportamentos que ampliem a sua saúde (Quevedo, 2001; Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2011).

O HPM pretende descrever a natureza multidimensional das pessoas em interação com os seus ambientes interpessoais e físicos à medida que buscam saúde. É um modelo de Enfermagem que pode ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde não apenas para os indivíduos mas também para as famílias e comunidades e que, quando usado em combinação com modelos de intervenção comunitária, terá grande possibilidade de ser bem-sucedido (McCullagh, 2013).

O HPM oferece um quadro conceptual para a prestação de cuidados de enfermagem dirigidos para a melhoria da saúde e da capacidade funcional, permitindo, em primeiro lugar, que os enfermeiros avaliem os comportamentos de promoção da saúde dos seus utentes – através da avaliação sistemática da autoeficácia percebida, das barreiras e benefícios percebidos e das influências interpessoais e situacionais que sejam relevantes para o comportamento de saúde selecionado. Em segundo lugar, o modelo identifica algumas características adicionais dos utentes para serem avaliadas – comportamento anterior, características demográficas e percepção do estado de saúde, que, apesar de algumas serem características não modificáveis, são a base para a individualização das intervenções de enfermagem. Por último, o modelo sugere que as intervenções de enfermagem podem ser desenhadas para modificar a percepção dos utentes nessas áreas e se forem bem-sucedidas resultarão numa maior frequência de comportamentos de saúde e numa melhoria do bem-estar (Pender et al., 2011; McCullagh, 2013).

Este Modelo de Promoção da Saúde identifica focos para as intervenções de enfermagem, no entanto não descreve de forma explícita como os enfermeiros podem modificar as percepções dos seus utentes. Nola Pender recomenda a avaliação de enfermagem através de enquadramentos já definidos, como a taxonomia NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) em associação com escalas baseadas no Modelo (como o HPLP II) e enfatiza o uso do processo de enfermagem

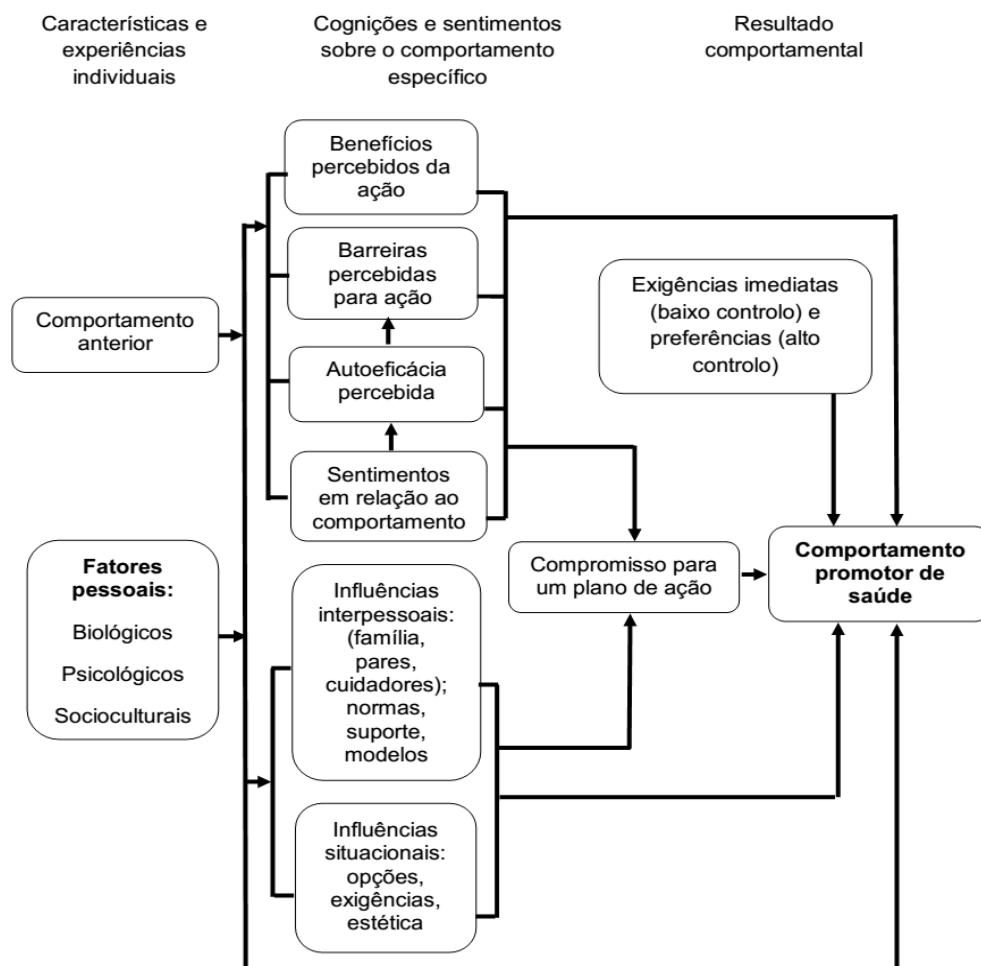
como método para produzir mudança comportamental e reforço da capacitação para o autocuidado ao longo do ciclo de vida (McCullagh, 2013).

O HPM propõe que os cuidados de saúde devem ir além dos cuidados de prevenção da doença e seu tratamento, criando condições para que as pessoas possam expressar o seu potencial humano único. Os enfermeiros são apresentados como agentes que criam mudanças comportamentais e ambientais (McCullagh, 2013).

É de reforçar que a pessoa, com as suas características pessoais e experiências únicas que afetam as suas ações, está no centro deste Modelo que reflete a crença de que as pessoas são capazes de realizar introspeção e de realizar mudanças pessoais (McCullagh, 2013).

O Modelo de Promoção da Saúde é claramente apresentado sob a forma de Diagrama, conforme apresentamos da figura 1 e que passamos a descrever.

**Figura 1 - Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde – HPM**



Fonte: Adaptado de Pender et al. (2011)

O modelo centra-se em dez categorias de determinantes de comportamentos de promoção da saúde permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-

relação de três domínios principais que estão subdivididos da seguinte forma: Características e experiências individuais, Cognições e sentimentos sobre o comportamento específico e o Resultado comportamental (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2011).

As **características e experiências individuais** compreendem o **comportamento anterior** (que pode necessitar ser mudado) onde importa considerar que o melhor preditor comportamental é a frequência do mesmo ou de um comportamento semelhante no passado (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2011). Este domínio compreende ainda os **fatores pessoais** que foram categorizados como **biológicos, psicológicos e socioculturais**. Os fatores biológicos incluem, por exemplo, a idade, o género, o Índice de Massa Corporal [IMC], o estágio pubertário ou a menopausa, a capacidade aeróbica, a força, a agilidade ou o equilíbrio. Os fatores psicológicos incluem por exemplo, autoestima, auto-motivação, a autoperceção do estado de saúde e a definição de saúde. Os fatores socioculturais incluem por exemplo, a etnia, a aculturação, a educação e o estatuto socioeconómico (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2011). No entanto tendo em conta que os fatores pessoais preditores de um determinado comportamento são moldados pela natureza do comportamento, estes devem ser limitados àqueles que são teoricamente relevantes para explicar ou prever o comportamento alvo (Pender et al., 2011).

Quanto às **cognições e sentimentos sobre o comportamento específico** que se quer alcançar, representam a coluna central do diagrama, sendo consideradas de grande importância motivacional, podem ser modificadas através de intervenções de enfermagem (Pender et al., 2011) e são formadas pelas dimensões: **benefícios percebidos da ação**, as **barreiras percebidas para ação**, a **autoeficácia percebida**, os **sentimentos em relação ao comportamento**, as **influências interpessoais** e as **influências situacionais**.

Os benefícios percebidos da ação são representações mentais das consequências positivas (benefícios) da adoção de um comportamento e têm vindo a ser considerados como condições necessárias embora não suficientes para a adoção de um comportamento específico (Pender et al., 2011).

As barreiras percebidas para ação são as percepções negativas sobre um comportamento, são vistas como dificuldades e custos pessoais, afetam diretamente o comportamento promotor de saúde bloqueando a ação e indiretamente através de um decrescente comprometimento com o plano de ação (Pender et al., 2011). A percepção de barreiras (que podem ser reais ou imaginárias) é um importante preditor dos comportamentos de saúde. São exemplos de barreiras percebidas: inconveniência, despesa, dificuldades, indisponibilidade ou a exigência temporal de uma atividade ou ação. Também a perda de satisfação por se desistir de um hábito não saudável (e.g., fumar) pode ser uma barreira. Quando as barreiras percebidas são poucas há um maior compromisso com o comportamento de promoção da saúde (Easom, 2003).

A autoeficácia percebida é a avaliação das competências pessoais para organizar e executar uma determinada ação atingindo um determinado nível de desempenho. Influencia diretamente os comportamentos promotores de saúde através das expectativas de eficácia sendo por sua vez

influenciado pelas características e experiências individuais. Uma elevada perceção da autoeficácia aumenta a possibilidade de um compromisso com a ação e da efetiva adoção de um comportamento promotor de saúde, quanto maior for a autoeficácia percebida menor será a perceção de barreiras (Pender et al., 2011).

Os sentimentos em relação ao comportamento refletem uma reação emocional direta ou uma resposta nivelada ao comportamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável. Comportamentos associados com efeitos positivos têm maior possibilidades de serem repetidos do que aqueles com associações negativas (Pender et al., 2011).

As influências interpessoais representam as cognições relativas aos comportamentos, crenças e atitudes de outrem, que podem corresponder ou não à realidade. Incluem normas (expectativas de outros significativos), apoio social (através de encorajamento instrumental e/ou emocional) e modelagem (aprendizagem através da observação de outros comprometidos com um comportamento específico). Estas três formas de influência interpessoal determinam a predisposição individual para a adoção de comportamentos de promoção da saúde (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2011). As fontes primárias de influências interpessoais são a família, os pares e os prestadores de cuidados de saúde podendo contribuir para aumentar ou diminuir o compromisso e a adoção de comportamentos de promoção da saúde. As pessoas estão mais propensas a comprometerem-se e a adotarem comportamentos de promoção da saúde quando outros, que lhes são significativos, esperam que o comportamento ocorra e dão suporte para a sua realização (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2011).

As influências situacionais são perceções e cognições pessoais sobre uma situação ou contexto e podem facilitar, dificultar ou impedir determinados comportamentos de saúde. Incluem as perceções das opções disponíveis, as exigências e as questões estéticas relacionadas com o ambiente onde o comportamento ocorrerá. Podem ter influências diretas ou indiretas sobre o comportamento de saúde. Algumas situações podem afetar diretamente os comportamentos criando um ambiente carregado de sinais que induzem o comportamento, reforçando o compromisso com a ação. Por exemplo um ambiente de antitabagismo cria uma exigência de um comportamento não fumador. (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2011).

Por último o modelo apresenta uma coluna relativa aos **resultados comportamentais** que abrangem o **compromisso para um plano de ação**, as **exigências imediatas e preferências** e o **comportamento promotor da saúde**. O compromisso para um plano de ação, que dá início ao comportamento, impele a pessoa a agir a menos que haja alguma exigência que não possa ser cumprida ou alguma situação preferencial à qual não seja possível resistir. Quanto maior o compromisso com um plano de ação específico maior será a probabilidade de manter o comportamento de promoção da saúde ao longo do tempo (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2011). As intervenções de enfermagem podem direcionar-se para estratégias que possibilitem que o indivíduo mantenha o compromisso com o comportamento de promoção da saúde esperado (Pender et al., 2011).

As exigências imediatas e preferências podem comprometer a adoção de comportamentos promotores da saúde influenciando diretamente o compromisso para um plano de ação. As exigências imediatas são comportamentos sobre os quais as pessoas têm baixo controlo devido a contingências ambientais como as responsabilidades com o trabalho ou com a família, enquanto as preferências pessoais dependem da capacidade de autorregulação do indivíduo, podendo ser por exemplo a opção entre comer um gelado ou uma maçã ao lanche (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2011).

O comportamento promotor da saúde é o ponto final ou o resultado da ação no HPM, devendo ser sempre direcionado para alcançar resultados positivos para o indivíduo, tais como o bem-estar, realização pessoal e existência produtiva. Exemplos de comportamentos promotores de saúde são: seguir uma dieta saudável, fazer exercício físico regular, controlar o *stress*, ter repouso e um crescimento espiritual adequado e construir e manter relações interpessoais positivas (Tomey & Alligood, 2004; Pender et al., 2011). *“Comportamentos promotores de saúde, principalmente quando integrados num estilo de vida saudável, resultam numa melhoria na saúde, melhoria na capacidade funcional e na qualidade de vida em todas as fases de desenvolvimento”* (Pender et al., 2011, p. 50).

O HPM fornece um paradigma para a o desenvolvimento de instrumentos, sendo um deles o, já referido HPLP II, que tem como objetivo medir os estilos de vida promotores de saúde (Tomey & Alligood, 2004).

### 2.4.2. A Enfermagem e a promoção do envelhecimento saudável

Como ponto de partida para a tomada de importantes decisões relativas a esta investigação realizámos duas revisões sistemáticas da literatura. Da primeira, que teve como objetivo: sistematizar o conhecimento existente acerca das intervenções de enfermagem promotoras de envelhecimento saudável,<sup>47</sup> resultaram seis estudos (cinco estudos primários e uma revisão integrativa da literatura), publicados entre 2003 e 2011, cuja população alvo foram sobretudo as pessoas mais velhas: três estudos – pessoas idosas e os outros três estudos pessoas idosas e de meia-idade. Os resultados desta revisão foram integrados ao longo do enquadramento do estudo. A segunda revisão teve como objetivo sistematizar o conhecimento sobre os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem na promoção do envelhecimento saudável e apresentamos de seguida, os aspetos que se evidenciaram.

#### **Resultados sensíveis às intervenções de Enfermagem na promoção do envelhecimento saudável**<sup>48</sup>

A necessidade de se avaliarem os resultados da prestação de cuidados é cada vez mais atual e premente pois as organizações de saúde estão cada vez mais focadas nas questões relacionadas com o custo-eficácia, qualidade dos cuidados prestados e desempenho organizacional e os enfermeiros

---

<sup>47</sup> Não publicado

<sup>48</sup> Publicado: (Canhestro & Basto, 2016)

estão a ser desafiados a identificar os resultados relevantes ligados à sua prática (ICN, 2009). Sendo na atualidade considerado como indispensável a demonstração de que os cuidados de enfermagem são fundamentais e imprescindíveis à saúde da população (Basto, 2009; ICN, 2009) é de crucial importância que os enfermeiros demonstrem o seu contributo para obtenção de ganhos em saúde nas diversas áreas em que realizam as suas intervenções, com benefícios diretos para a melhoria da qualidade dos cuidados e também como base fundamental para um adequado planeamento de saúde (OE, 2004; Doran, 2011).

Os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem dizem respeito aos efeitos ou consequências das intervenções realizadas por enfermeiros que se manifestam nas pessoas como alterações no seu estado de saúde, no seu comportamento, na sua perceção e também na resolução de problemas reais ou potenciais (Doran, 2011). Como os enfermeiros desenvolvem a sua prática em equipas multidisciplinares o desafio é identificar e medir os resultados que são influenciados pelas intervenções de enfermagem (Pender et al., 2011). Os resultados das intervenções de enfermagem podem ser avaliados ao nível individual, familiar e comunitário (Pender et al., 2011).

Resultados positivos dos cuidados de enfermagem podem ser definidos como o bem-estar da pessoa cuidada, onde se incluem as seguintes dimensões (White, Pringle, Doran & Hall, 2005; Doran, 2011):

- **Resultados funcionais** – dizem respeito ao estado funcional e à capacidade para realizar o autocuidado. De acordo com Doran (2011) os resultados funcionais incluem a realização de atividades de promoção da saúde (onde pode ser incluída a adoção de um estilo de vida saudável e a redução dos comportamentos de risco) e a qualidade de vida relacionada com a saúde, pois os processos de capacitação para o autocuidado exigem alterações no estilo de vida, que quando plenamente integradas na vida dos indivíduos resultarão numa melhoria na qualidade de vida.
- **Resultados clínicos** – dizem respeito à gestão (e.g., de uma situação crónica de saúde) e ao controlo de sintomas;
- **Resultados seguros** – dizem respeito à prevenção de acidentes e complicações;
- **Resultados percetuais** – dizem respeito à satisfação da pessoa cuidada com os cuidados e com os seus resultados. Esta é uma avaliação subjetiva dos cuidados de enfermagem recebidos e pode incluir uma avaliação dos enfermeiros que prestam o cuidado, da forma como os sintomas foram controlados e de qualquer tipo de ensino recebido.

Tendo em conta o afirmado anteriormente e atendendo à necessidade de sistematizar o conhecimento existente acerca dos resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, na promoção do envelhecimento saudável, realizámos uma revisão sistemática da literatura (Canhestro & Basto, 2016) e relativamente aos resultados obtidos gostaríamos de destacar o seguinte:

- Apesar do evidente envelhecimento populacional do nosso país e do continente Europeu, não encontramos resultados de estudos em Portugal e, nas publicações selecionadas, apenas um foi desenvolvido num país Europeu – Reino Unido. Consideramos importante ainda referir que,



apesar de não termos colocado restrições relativamente à idade dos participantes, a maioria dos estudos a que tivemos acesso foram desenvolvidos com pessoas mais velhas (acima dos 65 anos) não se evidenciando uma perspetiva de promoção do envelhecimento saudável ao longo da vida.

- Os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem foram elevados (54) e encontram-se inseridos nas dimensões: **Resultados funcionais** – Estado funcional (18 resultados). Capacidade para realizar o autocuidado (10 resultados). Realização de atividades de promoção da saúde: Comportamentos de promoção da saúde (17 resultados); Redução dos comportamentos de risco (2 resultados). Qualidade de vida relacionada com a saúde (2 resultados). **Resultados Clínicos** – Gestão da doença crónica e controlo de sintomas (4 resultados). **Resultados Seguros** (1 resultado).
- Os **Resultados no Estado funcional** são conjuntamente com a **Realização de atividades de promoção da saúde** as dimensões que apresentam mais resultados sensíveis às intervenções comunitárias de enfermagem na promoção do envelhecimento saudável.
- Estes resultados foram avaliados em intervenções comunitárias realizadas em diferentes contextos. É evidente a variedade de competências dos enfermeiros demonstrada na abrangência das intervenções de enfermagem relativamente aos resultados obtidos, o que reforça o papel de destaque que os enfermeiros têm ao nível das intervenções promotoras do envelhecimento saudável.
- Nos achados destacam-se como resultados sensíveis às intervenções de enfermagem: a alimentação saudável, a atividade física/exercício físico regular, o autocuidado relacionado com a vigilância de saúde, a autoeficácia, a gestão da doença crónica e o funcionamento social.
- A promoção de uma nutrição saudável e da atividade física são dois resultados comportamentais considerados essenciais para manter uma longa vida saudável e autónoma.
- Através da participação regular em atividades de autocuidado as pessoas mais velhas mantêm um elevado nível de habilidades funcionais, abrandam o processo de envelhecimento, desfrutam de estilos de vida independentes e podem tornar-se menos dependentes do sistema de cuidados de saúde (Easom, 2003).
- Manter a autonomia funcional é essencial para que as pessoas idosas mantenham a sua independência o mais tempo possível, o que vai influenciar grandemente a sua qualidade de vida e a forma como avaliam a sua saúde (Flood & Scharer, 2006; Easom, 2003). A autonomia funcional integra as seguintes dimensões: atividades físicas, psicológicas, sociais, ocupacionais e espirituais, que as pessoas desenvolvem no curso normal das suas vidas quando procuram dar resposta às suas necessidades básicas. Alguns exemplos de desempenho funcional são as atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, mas também as atividades de autocuidado, cuidados de manutenção da casa, recreação, relaxamento e redução do stress, nutrição adequada e exercício físico (Easom, 2003; Flood & Scharer, 2006).

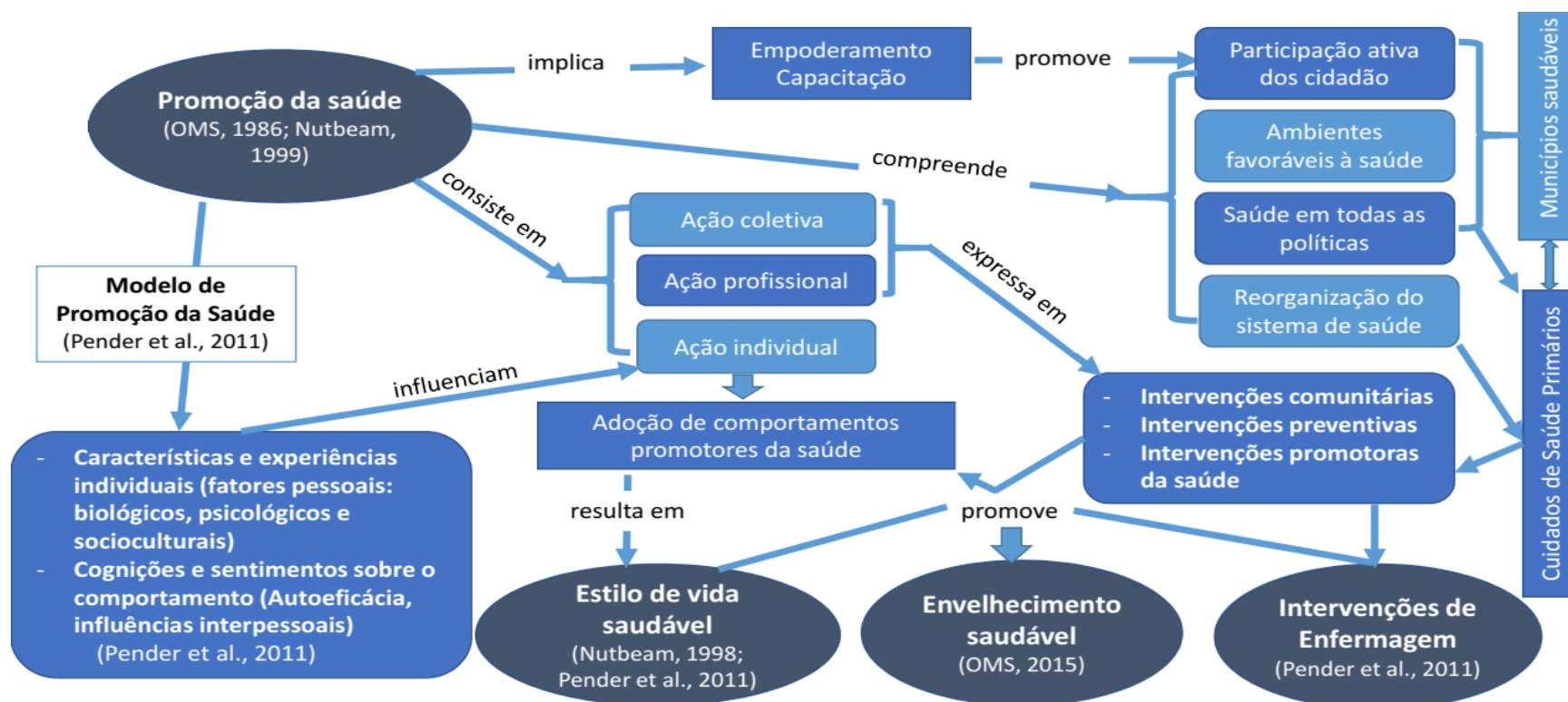


- O compromisso com atividades sociais é também um fator promotor do envelhecimento saudável. As pessoas idosas que têm poucos laços e compromissos sociais têm um risco aumentado de declínio cognitivo, sendo a integração social - refletida pela participação em atividades comunitárias - definida como um fator protetor das habilidades cognitivas em estudos que envolveram pessoas em idade mais avançada (Williams & Kemper, 2010).
- Na prática de enfermagem, podem ser desenvolvidos programas de intervenção que promovam o envelhecimento bem-sucedido estimulando as pessoas idosas a adotar uma perspetiva positiva, incrementando a autoestima e alcançando um maior grau de adaptabilidade ao envelhecimento, apesar dos problemas de saúde e pessoais associados a uma idade avançada (Cha, Seo & Sok, 2012).
- Relativamente a modelos teóricos, algumas intervenções que encontrámos descritas baseiam-se em modelos teóricos desenvolvidos por outras disciplinas, como a Teoria Cognitiva Social de Bandura que considera que a autoeficácia e a expectativa de resultado influenciam fortemente os comportamentos. A autoeficácia tem sido consistentemente e fortemente associada ao exercício físico em idosos e a Teoria Cognitiva Social é habitualmente usada em intervenções de mudança de comportamentos de saúde, com resultados positivos (Conn et al., 2003; Easom, 2003; Ming et al, 2006; Runciman et al, 2006). Outro dos modelos teóricos usados para a mudança comportamental em saúde é o Modelo Transteórico que especifica as fases de mudança comportamental: pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação e manutenção, estudos de intervenções para incrementar a atividade física que utilizaram este modelo apresentaram resultados positivos (Conn et al., 2003; Easom, 2003). É referido Modelo de Promoção da Saúde da População (The Population Health Promotion Model - Bhatti, 1996) como uma ilustração tridimensional de como uma abordagem populacional pode ser implementada tendo em conta todos os determinantes da saúde – serviços de saúde, desenvolvimento saudável na infância, práticas pessoais de saúde e ferramentas de *coping*, aspetos biológicos e genéticos, ambiente físico, condições de trabalho, educação, rede social de suporte, rendimento e estatuto social – atuando em vários níveis da sociedade (sociedade em geral, sectores específicos, comunidade família e indivíduo) através das estratégias de Promoção da Saúde (construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de competências pessoais e reorientação dos serviços de saúde) preconizadas pela Carta de Otava (OMS, 1986). Este modelo exemplifica a importância das decisões baseadas na evidência como a base para o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde (Sawatzky & Naimark, 2005).
- Quanto à utilização de teorias ou modelos desenvolvidos por enfermeiros, alguns estudos referem-se ao Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender como uma proposta viável para a identificação de fatores que influenciam os comportamentos saudáveis e para explorar a motivação para a adoção de comportamentos promotores do autocuidado com vista ao envelhecimento saudável, sendo de grande utilidade no planeamento de intervenções promotoras da saúde (Easom, 2003; Silva & Santos, 2010).

### 3. MAPA CONCEPTUAL

No sentido de facilitar a compreensão dos principais conceitos que orientam este estudo e que já foram definidos ao longo do enquadramento apresentamos o mapa conceptual desta investigação (figura 2).

Figura 2 - Mapa Conceptual



## **PARTE II - PERCURSO METODOLÓGICO**



## 1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO

Pretendemos neste capítulo caracterizar o contexto onde se desenvolveram os estudos que compõem esta investigação. Partimos de uma breve contextualização da história recente ao nível dos CSP no Baixo Alentejo, para uma breve caracterização do Baixo Alentejo e por último analisamos os projetos de intervenção comunitária desenvolvidos pela Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, em particular no Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo.

### **Breve contextualização histórica ao nível dos cuidados de saúde primários no Baixo Alentejo**

Os concelhos que compõem a atual área geográfica do Baixo Alentejo, conjuntamente com o concelho de Odemira constituem o distrito de Beja, onde até 1993 estava implantada a ARS de Beja<sup>49</sup>, passando depois a ser a Sub-Região de Saúde de Beja, que daria lugar, em 2008, à Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA], já sem contar com o concelho de Odemira que pertence atualmente à Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano.

Em 1988 iniciou-se, no Centro de Saúde de Aljustrel, uma experiência de organização do trabalho que tinha como pilares fundamentais o Modelo Biopsicossocial de Saúde/doença, a Gestão Integrada e Participada por Objetivos [GIPO] e a existência de equipas nucleares de saúde semiautónomas (Durval, 1992). Este modelo viria a ser, nos anos que se seguiram, implementado em todos os Centros de Saúde da ARS de Beja e até em Centros de Saúde de outros distritos (Durval, 1992). Este modelo de Gestão preconizava um trabalho em equipa multidisciplinar centrado nas necessidades das pessoas, famílias e comunidades, ao mesmo tempo que procurava dar resposta às Metas e Objetivos definidos no Plano de Atividades do Centro de Saúde, que eram avaliados semestral e anualmente. Cada equipa ou técnico era simultaneamente prestadora de cuidados e responsável pela coordenação, a nível concelhio, de um programa ou área instrumental, sendo considerado para essa área como ‘assessor’ da Direção do Centro de Saúde (Durval, 1992).

Este modelo definia o papel de cada elemento da Equipa Nuclear de Saúde (Médico, Enfermeiro e Administrativo) considerando o Enfermeiro como o elemento mais destacado ao nível da educação para a saúde e na orientação dos problemas de comunicação entre a Equipa e a comunidade e na mobilização desta para a participação ativa na resolução dos problemas de saúde. O Enfermeiro tinha, segundo este modelo, um papel preponderante no controlo dos doentes crónicos e na vigilância dos grupos de risco, sendo a peça fundamental para o aumento da consciência crítica dos utentes face aos serviços que lhes eram oferecidos (Durval, 1992). Mesmo quando falhava a formação de uma verdadeira equipa havia vantagens para o trabalho do

---

<sup>49</sup> O Decreto-Lei Nº 11/93 de 15 de Janeiro alterou a configuração das Administrações Regionais de Saúde que passaram de uma por Distrito a uma por região de saúde: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

enfermeiro pois tinha uma população delimitada onde era responsável por prestar cuidados globais às pessoas, famílias e comunidade de uma forma global e integrada, sendo autónomo nos cuidados que prestava. Para os utentes havia também vantagens pois os cuidados eram personalizados e prestados de uma forma contínua, sem interrupções, uma vez que nas ausências, os cuidados eram delegados temporariamente a outro enfermeiro.

Sendo um Modelo experimental, foi perdendo a sua força inicial sobretudo como consequência de alterações normativas a nível nacional, mudanças organizacionais ao nível regional e também alterações decorrentes do número de profissionais nos CSP, mas esta experiência teve importantes repercussões ao nível da forma como os enfermeiros continuaram a desenvolver a sua autonomia profissional nos CSP do Baixo Alentejo bem como ao nível da organização do trabalho nesta sub-região, mas também a nível nacional, tendo sido adotado um modelo semelhante nas unidades funcionais dos Centros de Saúde, em particular nas USF.

### **Breve caracterização do Baixo Alentejo**

Em Portugal, a divisão territorial para fins estatísticos assenta na NUTS (Nomenclatura das Unidades Territoriais para fins Estatísticos) que estruturalmente é desagregada em três níveis: o nível I, que abrange o Continente e as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, o nível II que engloba sete regiões (entre as quais está a região do Alentejo) e o nível III constituído por trinta sub-regiões, sendo uma delas a sub-região do Baixo Alentejo, que se dividem depois, em termos administrativos, em municípios e freguesias (INE, 2012a).

O Baixo Alentejo é limitado a norte pelo Alentejo Central, a leste pela fronteira com Espanha, a sul pelo Algarve e a oeste pelo Alentejo Litoral, tem uma área de 8542,7 km<sup>2</sup>, correspondendo a 10,8% do território nacional, uma população estimada em 126 692 habitantes, com uma densidade populacional de 14,8 habitantes/Km<sup>2</sup> (INE, 2011), sendo a sub-região que apresenta concomitantemente a maior área geográfica de todo o país e a menor densidade populacional. Compreende 13 concelhos: Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique, Serpa, Vidigueira e 83 freguesias. Todas as sedes de concelho têm a categoria de vila com exceção de Beja, Moura e Serpa que possuem a categoria de cidade.

Os concelhos que compõem o contexto deste estudo têm diferentes dimensões existindo também diferenças assinaláveis em termos populacionais (Figura 3). A maior densidade populacional encontra-se nas três cidades que integram esta sub-região (Beja, Moura e Serpa), com particular destaque para a sede de distrito (Beja).



O Baixo Alentejo apresentava, de acordo com os dados mais recentes disponíveis *on-line* (Pordata, 2017)<sup>51</sup>, em 2015, um Índice de Envelhecimento de 185,5 idosos por cada 100 jovens, superior em dez pp ao apresentado em 2001, sendo também superior ao apresentado em Portugal continental em 2015 (146,9%) mas ligeiramente inferior ao total da região Alentejo para o mesmo ano (189%). Existiam, no entanto assinaláveis diferenças em cada um dos concelhos que compõem esta sub-região, como podemos observar no gráfico 1, sendo Mértola o concelho que apresentava o maior Índice de Envelhecimento (374,2%) tendo sofrido um notório crescimento deste Índice desde 2001 (onde apresentava um valor de 283,9%), seguido do concelho de Ourique (311,9%). O concelho menos envelhecido correspondia à sede de distrito – Beja com valores do Índice de Envelhecimento (142,6%) ligeiramente inferiores aos apresentados no total de Portugal Continental. É curioso notar que, contrariamente à tendência geral, alguns concelhos do Baixo Alentejo tiveram algum rejuvenescimento na última década: Alvito, Barrancos, Cuba, Moura e Vidigueira.

### Índice de Envelhecimento 2001-2015

Município	2001	2015
Continente	100	140
Alentejo	160	180
Baixo Alentejo	170	180
Aljustrel	170	230
Almodôvar	230	250
Alvito	210	200
Barrancos	190	160
Beja	130	140
Castro Verde	150	180
Cuba	170	160
Ferreira do...	190	210
Mértola	280	370
Moura	140	140
Ourique	290	310
Serpa	170	210
Vidigueira	170	150

Fonte dos dados para elaboração do gráfico: Pordata (2017)

<sup>50</sup> Fonte da imagem: <http://www>

<sup>51</sup> <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>

Relativamente a infraestruturas de apoio ao nível comunitário, todos os concelhos do Baixo Alentejo apresentam equipamentos culturais, de lazer e desportivos quer ao nível das sedes de concelho quer na maioria das freguesias. Todos os concelhos possuem estabelecimentos de Educação Pré-escolar e Escolas do Ensino Básico e Secundário e ao nível do Ensino Superior a Sub-região é servida pelo Instituto Politécnico de Beja que integra quatro escolas: Escola Superior Agrária, Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Escola Superior de Educação e Escola Superior de Saúde.

Em termos de respostas ao nível do SNS, o Baixo Alentejo é servido pela ULSBA, EPE cuja área de influência coincide com a área geográfica do Baixo Alentejo e que foi criada (Decreto-Lei n.º 183/2008 de 4 de Setembro) com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população, na respetiva área de influência e na medida dos recursos disponíveis, através de uma oferta integrada de cuidados de saúde (Primários, Hospitalares e Continuados) com o apoio de equipas multidisciplinares qualificadas e centradas no utente/cidadão (ULSBA, S.d.), integrando, neste momento, o Hospital José Joaquim Fernandes, localizado na sede de distrito – Beja, a Unidade de Saúde Pública e o Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Alentejo [ACESBA].

O ACESBA comporta todos os Centros de Saúde dos referidos 13 concelhos, que são depois desdobrados em diferentes unidades funcionais: uma USF (USF AlfaBeja localizada em Beja) 13 UCSP (uma em cada concelho) e cinco UCC (Almodôvar, Beja, Ferreira do Alentejo, Ourique e Serpa). Até ao início de 2015 integrava também a ULSBA, o Hospital de S. Paulo – Unidade de Convalescença da RNCCI – localizado em Serpa, que passou a ser gerido pela Santa Casa da Misericórdia de Serpa.

A ULSBA conta com a colaboração de cerca de 1750 profissionais. Ao nível dos CSP nos 13 Centros de Saúde que compõem o ACESBA existem 176 enfermeiros e 87 médicos (INE, 2013). Na Tabela 2 podemos observar alguns indicadores relativos aos recursos humanos dos Centros de Saúde do Baixo Alentejo.

**Tabela 2 - Indicadores relativos aos recursos humanos dos Centros de Saúde do Baixo Alentejo**

Centro de Saúde	Nº Enfermeiros	Enfermeiros por 1000 habitantes	Nº Médicos	Médicos por 1000 habitantes
Aljustrel	11	1,2	6	0,6
Almodôvar	12	1,6	4	0,5
Alvito	3	1,2	2	0,8
Barrancos	2	1,1	1	0,5
Beja	39	1,1	25	0,7
Castro Verde	21	2,8	5	0,7
Cuba	8	1,6	4	0,8
Ferreira do Alentejo	13	1,6	5	0,6
Mértola	10	1,4	6	0,8
Moura	22	1,5	10	0,7
Ourique	10	1,9	4	0,7
Serpa	15	1,0	11	0,7
Vidigueira	10	1,7	4	0,7
<b>Baixo Alentejo</b>	<b>176</b>	<b>1,4</b>	<b>87</b>	<b>0,7</b>

Fonte dos dados para elaboração da Tabela: INE (2013)



Relativamente à oferta de serviços de internamento no âmbito do SNS, a sede de distrito – Beja, é o único concelho que tem esse serviço na atualidade tendo, de acordo com dados do INE (2013), 6,4 camas por 1000 habitantes com uma taxa de 240,1 internamentos por 1000 habitantes.

Para além da já referida Unidade de Convalescença em Serpa – Hospital de São Paulo, existem outras Unidades de Internamento da RNCCI: cinco Unidades de Média Duração e Reabilitação nos concelhos de Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Ourique e Serpa e três Unidades de Longa Duração e Manutenção nos concelhos de Castro Verde, Moura e Serpa.

### **Projetos de intervenção comunitária desenvolvidos no ACESBA**

Para obtermos um conhecimento prévio sobre os projetos de intervenção comunitária em desenvolvimento no contexto deste estudo, procedemos a um levantamento, ao nível do ACESBA, de todos os projetos implementados ou em fase de implementação em 2014. Estes foram analisados relativamente à entidade promotora e respetivas parcerias, ao âmbito de atuação: promoção da saúde ou prevenção da doença e ainda no que diz respeito ao grupo etário da população alvo do projeto.

Existiam em desenvolvimento três projetos comuns às unidades funcionais do ACESBA, sendo dois desenvolvidos numa perspetiva de promoção da saúde (um na área da saúde escolar – promoção de estilos de vida saudáveis e outro na preparação para a parentalidade) e o outro desenvolvido numa perspetiva de prevenção terciária da doença crónica (Gestão integrada da Diabetes Mellitus). Existia ainda outro projeto comum a quatro unidades funcionais também direcionado para a prevenção terciária da doença crónica (Educação Terapêutica para a Diabetes). No que diz respeito à Prevenção do Risco de Quedas em Idosos existia um projeto que é comum a cinco Unidades Funcionais. Em parceria com o Instituto Português do Desporto e da Juventude existiam dois projetos na área da promoção de comportamentos saudáveis e de uma sexualidade segura, cuja área de atuação era sobretudo o concelho de Beja, mas que desenvolvia também atividades pontuais nos outros concelhos.

Para além dos projetos comuns, a maioria das unidades funcionais desenvolvia projetos próprios de intervenção comunitária – Tabela 3 – sendo atingido um total de 29 projetos, desses 14 estavam direcionados para a promoção da saúde incidindo na promoção de estilos de vida saudáveis e na redução de comportamentos de risco, os restantes 15 projetos estavam direcionados para a prevenção da doença crónica. Relativamente a estes últimos existia uma predominância da prevenção terciária da Diabetes (cinco projetos) e da prevenção terciária das doenças cardiovasculares (três projetos), a que se juntavam dois projetos direcionados para a gestão integrada da doença crónica (Diabetes e HTA) e três projetos direcionados os cuidados no domicílio de pessoas dependentes, quer relacionados com a prevenção terciária de complicações relacionadas com a imobilidade, quer no apoio aos cuidadores; quanto aos restantes dois projetos

nesta área: um estava relacionado com a prevenção secundária de doenças crónicas – deteção precoce (rastreios) e o outro estava relacionado com o tratamento de úlceras da perna. Todos estes projetos tinham como principais destinatários a população adulta e idosa.

Os projetos de promoção de estilos de vida saudáveis e redução de comportamentos de risco eram maioritariamente - oito projetos - direcionados para crianças e jovens e desenvolvidos no âmbito do Programa de Saúde Escolar, dos restantes: três estavam direcionados para os adultos e idosos, dois para a população em geral e o restante para a promoção da parentalidade.

**Tabela 3 - Projetos de intervenção comunitária em desenvolvimento nas Unidades Funcionais do ACESBA (2014)**

Unidade Funcional	Projetos em comum com outras Unidades	Projetos de âmbito local	Nº total de projetos em desenvolvimento	Projetos de Promoção da saúde	Projetos de Prevenção da doença
UCSP Aljustrel	4	0	4	2	2
UCC Almodôvar	4	4	8	3	5
UCSP Alvito	3	2	5	4	1
UCSP Barrancos	4	0	4	2	2
UCC Beja	6	3	9	6	3
USF Beja	5	2	7	5	2
UCSP Castro Verde	4	5	9	3	6
UCSP Cuba	3	0	3	2	1
UCC Ferreira do Alentejo	4	6	10	6	4
UCSP Mértola	4	1	5	2	3
UCSP Moura	3	5	8	5	3
UCC Ourique	4	0	4	2	2
UCSP / UCC Serpa	4	1	5	2	3
UCSP Vidigueira	4	0	4	2	2
<b>Total</b>	-	<b>29</b>	-	-	-

Fonte: Dados fornecidos pelo ACESBA, 2014

Como é possível verificar, o número de projetos era bastante distinto em cada uma das unidades funcionais, sendo que algumas não apresentavam nenhum projeto para além dos comuns com outras unidades (Aljustrel, Barrancos, Cuba, Ourique e Vidigueira). A unidade funcional que apresentava maior número de projetos de âmbito local é a UCC de Ferreira do Alentejo, que conjuntamente com a UCC de Almodôvar foram as primeiras UCC a entrar em funcionamento no Baixo Alentejo, tendo já alguns projetos em fase de avaliação. Gostaríamos ainda de destacar as duas UCSP (Castro Verde e Moura) que apresentavam o maior número de projetos de intervenção comunitária de âmbito local em desenvolvimento – cinco projetos.

## 2. OPÇÕES METODOLÓGICAS: TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS

Após a apresentação do enquadramento da investigação e da caracterização do contexto, aspetos essenciais para fundamentar e contextualizar o objeto de estudo, pretendemos neste capítulo abordar os principais aspetos metodológicos da presente investigação.

Face à complexidade do fenómeno em estudo, optámos por um percurso que utiliza uma metodologia mista, onde se combinam os métodos qualitativos e quantitativos numa perspetiva de complementaridade, para que se possa ter um entendimento mais profundo das diferentes facetas do fenómeno em estudo (Driessnack, Sousa & Mendes, 2007; Esteves, 2006). Estes dois métodos são frequentemente usados e integrados num mesmo projeto e quando usados simultaneamente, como é o caso desta investigação, potenciam-se mutuamente e permitem um retrato mais completo do objeto de estudo (Streubert & Carpenter, 2002).

Iniciámos este percurso, de uma forma indutiva, procurando compreender e interpretar de uma forma mais profunda a realidade da promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo, através da análise qualitativa de conteúdo das entrevistas realizadas, reconhecendo a intersubjetividade inerente a esta metodologia. Em complementaridade e com base no referencial teórico reforçado pelos achados do primeiro estudo, de uma forma dedutiva, através da análise dos questionários de autorrelato, procurámos descrever o estilo de vida adotado pelas pessoas de meia-idade e confirmar o conhecimento existente relativamente às relações entre o estilo de vida e os fatores que se evidenciaram no enquadramento do estudo como preditíveis da adoção de um estilo de vida promotor da saúde e do conseqüente envelhecimento saudável.

Pretendemos nesta investigação atingir os seguintes objetivos:

### **Primeiro objetivo geral:**

- Compreender como se processa a promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo.

### **Objetivos específicos:**

- Caracterizar as atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis descritos pelos profissionais entrevistados;
- Determinar o nível de participação dos cidadãos no planeamento, na implementação e na avaliação de atividades e projetos promotores de estilos de vida saudáveis;
- Identificar os fatores que condicionam o desenvolvimento das atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis;
- Determinar se o ambiente envolvente é favorecedor da adoção de comportamentos saudáveis;

- Compreender o papel dos Enfermeiros no desenvolvimento das atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis.

### **Segundo objetivo geral:**

- Identificar a forma como os diferentes fatores influenciam a adoção de estilos de vida promotores de saúde das pessoas de meia-idade do Baixo Alentejo.

### **Objetivos específicos:**

- Caracterizar as pessoas de meia-idade, residentes no Baixo Alentejo, no que respeita aos fatores pessoais, autoeficácia percebida, influências interpessoais e aos consumos de tabaco e álcool;
- Caracterizar o Estilo de Vida Promotor de Saúde adotado pelas pessoas de meia-idade residentes no Baixo Alentejo, no global e em cada uma das suas componentes: Responsabilidade em saúde, Atividade física, Nutrição, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do stress.
- Descrever as relações entre o Estilo de Vida Promotor de Saúde (no global e em cada uma das suas componentes) e os Fatores pessoais: Biológicos, Psicológico e Socioculturais, a Autoeficácia percebida, as Influências interpessoais e os consumos de Tabaco e Álcool.

Conhecer os estilos de vida e os processos que determinam a promoção e a adoção de um estilo de vida promotor de saúde das pessoas de meia-idade permitirá, o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde nesta população específica no sentido de promover e criar condições para que estes possam expressar o seu potencial de saúde através de um estilo de vida que promova a saúde e permita um envelhecimento saudável.

Com base no anteriormente referido e tendo em conta os objetivos definidos passamos a descrever nos próximos dois capítulos os aspetos metodológicos de cada um dos estudos: tipo de estudo, participantes, procedimentos de recolha e análise de dados. Finalizamos este percurso metodológico com a apresentação das considerações éticas desta investigação.

### **3. ESTUDO QUALITATIVO: PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS**

A Promoção da Saúde é cada vez mais reconhecida como uma área chave dos CSP, que fazem a ponte entre o sector da saúde, os outros sectores sociais e a comunidade e os enfermeiros estão numa posição privilegiada para desenvolver e liderar projetos e atividades de promoção da saúde ao longo do processo de envelhecimento, através da adoção de estratégias com base numa visão mais positiva da saúde das pessoas (saudáveis ou portadoras de doenças crónicas). Também o papel dos municípios na promoção de estilos de vida saudáveis e na criação de ambientes de suporte tendo vindo a ganhar uma maior evidência.

Procurando dar resposta ao primeiro objetivo geral definido para esta investigação: Compreender como se processa a promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo bem como aos objetivos específicos que deste decorrem, optámos por desenvolver um estudo de descritivo, com utilização de uma metodologia qualitativa, pois não possuímos à partida um conjunto de assunções suficientemente desenvolvidas sobre o objeto em estudo que nos permitam formular quaisquer hipóteses e necessitamos de o compreender em toda a sua complexidade (Fortin, 2009; Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 2012).

#### **3.1. PARTICIPANTES**

Tendo em conta que, neste tipo de pesquisa, a informação deve obter-se de pessoas que possuem um saber e uma experiência pertinente ao nível do fenómeno em estudo, devendo ser escolhidos casos ricos em informação (Fortin, 2009; Bogdan & Bilken, 2010; Lessard-Hébert et al., 2012) e que aceitem colaborar, os participantes deste estudo foram intencionalmente selecionados e incluem profissionais de saúde do ACESBA e profissionais dos municípios, considerados como pessoas chave, devido à posição que ocupam ao nível da organização e com responsabilidade no desenvolvimento de projetos e/ou atividades de promoção de estilos de vida saudáveis: critério fundamental para a sua inclusão neste estudo.

O conhecimento que detemos acerca do contexto dos CSP no Baixo Alentejo permitiu-nos reconhecer, como ponto de partida, o papel de vanguarda dos enfermeiros, nas últimas décadas, na promoção dos estilos de vida saudáveis no contexto de consulta individual mas sobretudo nas comunidades, intervindo nas escolas, domicílios e noutros contextos comunitários. A reforma dos CSP, iniciada em 2005, reforça este papel de vanguarda na intervenção comunitária dos enfermeiros atribuindo-lhes a coordenação das UCC. Tendo isso em conta, iniciámos o processo de seleção dos participantes neste estudo através de uma reunião com a enfermeira do Conselho Clínico do ACESBA, a quem reconhecemos um conhecimento profundo sobre os principais atores envolvidos em projetos de promoção de estilos de vida saudáveis (enfermeiros, outros

profissionais de saúde e profissionais dos municípios). Nessa reunião preliminar definimos a lista inicial de pessoas a entrevistar. Esta amostra inicial foi aumentando à medida que íamos realizando as entrevistas e que solicitávamos aos entrevistados o contributo para novas entrevistas, através da indicação de outros profissionais considerados como pessoas chave (devido à posição ocupada ao nível da organização e com responsabilidade no desenvolvimento de projetos e/ou atividades de promoção de estilos de vida saudáveis), numa técnica de amostragem, não probabilística, em ‘bola de neve’ (Almeida & Pinto, 1995). Foi seguido como princípio orientador a ‘saturação dos dados’, ou seja, o ponto em que não é obtida informação nova e é atingida a redundância (Streubert & Carpenter, 2002; Polit, Beck & Hungler, 2004).

Todos os profissionais contactados aceitaram participar no estudo através de uma entrevista individual, sendo o grupo inicial constituída por doze participantes. Após a análise dos resultados do estudo quantitativo: Estilos de vida das pessoas de meia-idade, e tendo em conta o papel que os municípios representam na organização e realização de atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis, decidimos entrevistar mais um profissional de um município, que já nos tinha sido indicado como potencial participante. Decidimos ainda, face a esses resultados, entrevistar um médico especialista em Medicina Familiar e Clínica Geral. A ‘saturação de dados’ foi atingida após a análise das catorze entrevistas, ao mesmo tempo que procurámos garantir a diversidade dos sujeitos entrevistados.

#### Caracterização dos profissionais entrevistados

Apresentamos de seguida uma breve caracterização dos profissionais entrevistados, sintetizada na Tabela 4.

**Tabela 4 - Caracterização dos profissionais entrevistados**

Características	Grupos	Frequências
Idade	Entre 30 e 40 anos	5
	Entre 41 e 50 anos	2
	Entre 51 e 60 anos	6
	Mais de 60 anos	1
Género	Masculino	4
	Feminino	10
Área de formação	Enfermagem	9
	Nutrição	1
	Psicologia	1
	Medicina	1
	Investigação Social Aplicada	1
	Educação	1
Concelho onde exerce funções	Aljustrel	1
	Alvito	1
	Beja	7
	Castro Verde	1
	Ourique	1
	Serpa	2

Todos os entrevistados têm nacionalidade portuguesa e residência num dos concelhos do Baixo Alentejo. A idade dos entrevistados está compreendida entre os 34 e os 65 anos, com uma média de idades de 48,07 anos, e a maioria (10) são do género feminino. A maioria dos entrevistados (7) exercem funções na sede de distrito e principal agregado populacional do Baixo Alentejo - Beja, os outros entrevistados exercem funções nos concelhos de: Aljustrel (1), Alvito (1), Castro Verde (1), Ferreira do Alentejo (1), Ourique (1) e Serpa (2), estando representados cerca de 54% dos concelhos que compõem esta sub-região.

Dos catorze profissionais entrevistados, doze são profissionais de saúde com responsabilidades ao nível da coordenação de projetos, unidades ou equipas ao nível dos CSP e dois são profissionais dos municípios também com responsabilidades ao nível da coordenação de projetos ou equipas, com importante intervenção ao nível da promoção de estilos de vida saudáveis. De realçar que os dois municípios pertencem à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis.

Relativamente à área de formação, a maioria dos entrevistados (nove) são enfermeiros, todos eles com Especialidade: um Especialista em Enfermagem de Reabilitação e os restantes com Especialidade em Enfermagem Comunitária/Saúde Pública - estão ainda representados um elemento das seguintes áreas de formação: Nutrição, Psicologia e Medicina (Especialista em Clínica Geral e Medicina Familiar), Investigação Social Aplicada e Educação.

### 3.2. RECOLHA DE DADOS: PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

Porque se pretende compreender como se processa a promoção de estilos de vida saudáveis, a partir da perspetiva dos seus atores, no seu contexto habitual, procurando interpretar o processo através dos significados que os sujeitos lhes atribuem (Bogdan & Bilken, 2010) optámos pela utilização da entrevista semiestruturada, centrada no tema em estudo, como instrumento de recolha de dados.

Este tipo de entrevista permite aos participantes contar a sua experiência de forma narrativa sendo usada quando o entrevistador necessita de respostas para um conjunto de perguntas bem abrangentes, que devem ser colocadas de forma a estimular a conversa e a levar o entrevistado a aprofundar o seu pensamento ou a explorar uma questão nova de que não fale espontaneamente (Ruquoy, 1997; Polit et al., 2004). Para ter como fio condutor um guia de tópicos que garantisse a cobertura de todas as áreas de indagação e desse resposta aos objetivos definidos, elaborámos um guião de entrevista (**Anexo 1**), constituído por três partes principais: a primeira parte visava garantir a legitimação da entrevista, esclarecer os participantes sobre a temática e os objetivos do estudo, solicitar a sua participação e a autorização para gravação áudio, garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos; a segunda parte visava uma breve caracterização dos profissionais entrevistados; e a terceira parte, suportada pelo referencial teórico e pelos objetivos a

atingir, estabelecia o fio condutor das questões relativamente ao tema em estudo, estando organizada do seguinte modo:

- Informação relativa a atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis de que o entrevistado tem conhecimento e/ou que desenvolve ou espera vir a desenvolver;
- Perceção do entrevistado sobre os fatores que influenciam o desenvolvimento de atividades e projetos promotores de estilos de vida saudáveis;
- Perceção do entrevistado sobre a participação ativa dos cidadãos no planeamento, na implementação e na avaliação de atividades e projetos promotores de estilos de vida saudáveis;
- Perceção do entrevistado sobre se o ambiente envolvente é favorecedor da adoção de comportamentos saudáveis;
- Perceção do entrevistado sobre o papel dos enfermeiros na promoção de estilos de vida saudáveis.

Após a elaboração do guião este foi submetido à apreciação de peritos procedendo-se às alterações consideradas necessárias para que as questões ficassem claras e coerentes com os objetivos do estudo. Seguidamente procedemos ao pré teste (as duas primeiras entrevistas) do instrumento de colheita de dados, onde se pretendia ter alguma indicação sobre a clareza das questões, mas sobretudo treinar e desenvolver mais competências relativamente à técnica de entrevista bem como, verificar o tempo médio de realização das mesmas, a funcionalidade do gravador, a manutenção da interação e o domínio das técnicas de reformulação, de validação e de clarificação das respostas durante a entrevista. Não foram necessárias alterações de fundo pelo que essas duas entrevistas foram incluídas no *corpus* final do estudo.

Como previsto realizou-se, com todos os potenciais participantes, um primeiro contacto onde foi disponibilizada informação sobre os objetivos do estudo, foram esclarecidas todas as dúvidas e foi solicitada a participação no estudo. Como todos profissionais contactados aceitaram participar no estudo foi de imediato marcada a data, hora e local da entrevista.

Todas as entrevistas foram planeadas a fim de proporcionar condições adequadas para alcançar os melhores resultados possíveis, a disponibilidade dos entrevistados foi respeitada, procurando-se garantir condições favoráveis e resultados. Procurou-se que todas as entrevistas fossem realizadas num ambiente livre de eventuais presenças perturbadoras e interrupções, processando-se de uma forma interativa, onde a entrevistadora, procurou encorajar a livre expressão sobre o tema a tratar, através de uma escuta atenta e ativa. Na abordagem inicial, após relembrar os objetivos do estudo e o seu tema central, solicitou alguns dados de caracterização do entrevistado. No decurso da entrevista, o guião da entrevista foi sobretudo usado como um auxiliar e a sua utilização foi realizada de forma flexível, para não incorrer no erro de interromper o emergir de informação importante, pois pretendeu-se que as entrevistas explorassem livremente o pensamento dos entrevistados sem se afastarem do tema central. Nesse sentido, foi por vezes



necessário reformular, retomando o discurso para que os entrevistados se voltassem a centrar no tema e na questão que tinha sido colocada, e também para solicitar alguma informação complementar sobre o tema em questão. Procurou-se não induzir qualquer tipo de estruturação ou valorização de determinados pontos de vista tendo, no entanto, a consciência de que a entrevista compreende o *“desenvolvimento de uma interação criadora e captadora de significados em que as características pessoais do entrevistador e do entrevistado influenciam decisivamente o curso da mesma”* (Aires, 2015, p. 29).

As entrevistas duraram em média cerca de uma hora e as primeiras doze decorreram no período entre Janeiro e Março de 2014 e as restantes em Março de 2016. Apenas um dos entrevistados recusou a gravação áudio da entrevista, pelo que a mesma foi transcrita e validada de imediato com o participante. Todas as outras entrevistas foram gravadas e sujeitas a posterior transcrição ficando assim prontas para serem analisadas (no **Anexo 2** apresentamos um exemplo de transcrição de uma entrevista).

### 3.3. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Em consonância com a orientação metodológica seguida, a técnica escolhida para a análise da informação foi a análise qualitativa de conteúdo, definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visa obter indicadores - que podem ou não ser quantitativos - que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e receção dessas mensagens. É a inferência que permite a passagem da descrição à interpretação, atribuindo sentido às características do material que foram levantadas, enumeradas e organizadas (Bardin, 2009).

Organizado o material que constitui o *corpus* deste estudo, ou seja, a totalidade da informação obtida nas entrevistas, passou-se à análise do seu conteúdo que, em consonância com o proposto por Bardin (2009), foi dividida em três etapas:

**Pré-análise:** Foi realizada uma leitura flutuante de todo o material com o objetivo de apreender e organizar de forma não estruturada aspetos importantes para as próximas etapas da análise.

**Exploração do material:** Usando como fio condutor os objetivos do estudo realizámos exaustivas leituras do *corpus* do trabalho para que pudessem emergir temas-chave, a partir dos quais procurámos definir categorias para a elaboração da primeira grelha provisória de análise. Com base nessa grelha provisória retirámos do *corpus* as declarações significativas. Efetuámos a primeira interpretação dos dados, aperfeiçoando a grelha de análise (que comporta categorias e subcategorias) e iniciando a codificação e redução dos dados.

**Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** Foi realizada a interpretação e a inferência, através de uma análise reflexiva e crítica.

A partir das Unidades de registo tivemos em conta as Unidades de enumeração – frequência das Unidades de registo – elemento que considerámos importante para a análise da forma como as mesmas são valorizadas pelos profissionais entrevistados. Ao longo destas etapas recorreremos à validação externa através da triangulação com dois juízes: ambos docentes do Ensino Superior Politécnico, doutorados e com experiência na análise qualitativa de conteúdo. Para o processo de categorização e interpretação dos dados contribuíram o referencial teórico, os contributos dos dois juízes e a experiência da investigadora responsável pelo estudo.

No capítulo de apresentação dos resultados das entrevistas, na interpretação dos dados foram utilizados alguns símbolos / códigos linguísticos, cujo significado passamos a esclarecer:

E – Codificação do número da entrevista a que corresponde a descrição referida.

(...) – Excerto da transcrição original da entrevista não relevante no momento para a análise.

... – Pausa no discurso.

[ ] – Palavra ou frase de ligação que confere significado à declaração.

## 4. ESTUDO QUANTITATIVO: ESTILOS DE VIDA DAS PESSOAS DE MEIA-IDADE

Procurando dar resposta ao segundo objetivo geral desta investigação: Identificar a forma como os diferentes fatores influenciam a adoção de estilos de vida promotores de saúde das pessoas de meia-idade do Baixo Alentejo, bem como aos objetivos específicos deste decorrentes, optámos por um método quantitativo onde, os resultados dos questionários dirigidos à população podem ser medidos em números, classificados e analisados com recurso a técnicas estatísticas (Ramos, Ramos & Busnello, 2003). Este é um estudo correlacional que permitiu verificar a existência ou não de correlação entre duas ou mais variáveis quantificáveis (Fortin, 2003; Freixo, 2012), sendo transversal uma vez que decorreu num período predefinido para a colheita de dados (Fortin, 2003).

As relações entre as variáveis a ser investigadas devem ser provenientes de uma teoria (Freixo, 2012) e neste caso provêm da teoria de médio alcance de Nola Pender, que deu origem ao Modelo de Promoção da Saúde (Pender et al., 2011) e foi nos componentes deste modelo bem como na importância que é dada, pela evidência, aos fatores que influenciam a adoção de um determinado estilo de vida, que ancorámos a nossa decisão sobre as variáveis a incluir neste estudo.

### 4.1. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Definiu-se como população alvo deste estudo, as pessoas de meia-idade, de ambos os géneros, residentes no Baixo Alentejo, inscritas numa das catorze unidades funcionais do ACESBA. O total da população nesse grupo etário era de 34227 de pessoas, o que corresponde a 25% do total de pessoas inscritas no ACESBA (136116) – Tabela 5.

**Tabela 5 - População de meia-idade e população total inscrita nas unidades funcionais do ACESBA**

Unidade Funcional	POPULAÇÃO 45-64 ANOS			POPULAÇÃO TOTAL		
	H	M	HM	H	M	HM
UCSP Aljustrel	1420	1387	2807	5164	5191	10355
UCSP Almodôvar	917	1000	1917	3996	3978	7974
UCSP Alvito	312	304	616	1220	1356	2576
UCSP Barrancos	233	198	431	835	861	1696
UCSP Beja	2760	2829	5589	11618	11979	23597
USF Beja	1893	2098	3991	7786	8411	16197
UCSP Castro Verde	1031	1019	2050	3884	3927	7811
UCSP Cuba	644	608	1252	2527	2621	5148
UCSP Ferreira do Alentejo	1147	1094	2241	4042	4236	8278
UCSP Mértola	949	880	1829	3615	3682	7297
UCSP Moura	2057	1955	4012	8209	8324	16533
UCSP Ourique	804	765	1569	2970	3026	5996
UCSP Serpa	2253	2156	4409	8254	8485	16739
UCSP Vidigueira	765	749	1514	2925	3024	5949
<b>Total</b>	<b>17185</b>	<b>17042</b>	<b>34227</b>	<b>67045</b>	<b>69101</b>	<b>136146</b>

Fonte: Dados fornecidos pelo ACESBA, Dezembro de 2013

### Procedimentos de amostragem

Tendo em conta a dimensão da população alvo deste estudo e a sua distribuição geográfica, optámos por seleccionar uma amostra teórica representativa da população. Para calcular o tamanho da amostra utilizámos a fórmula de cálculo de amostras para uma população finita e considerámos um erro amostral de 3% (**Anexo 3**). O resultado desse cálculo foi uma amostra teórica de 1076 pessoas que foi depois distribuída de forma proporcional, respeitando a frequência no universo populacional, em diferentes categorias: por género e por unidade funcional onde se encontra inscrito, tendo também optado por fazer uma divisão inicial do grupo etário (45-64 anos) em dois subgrupos (45-54 anos e 55-64 anos) para garantir uma melhor distribuição da amostra relativamente à idade.

Após a definição da amostra teórica de pessoas a inquirir em cada uma das unidades funcionais, com recurso às bases de dados dos utentes inscritos fornecidas pelos serviços de estatística do ACESBA, foram definidas aleatoriamente as pessoas a contactar para convidar a participar no estudo. Este contacto foi realizado pela investigadora no concelho de Ourique, local onde realizou o pré teste e nos restantes concelhos pelas equipas de enfermagem das respetivas unidades, estratégia que nos pareceu a mais adequada tendo em conta o conhecimento e a proximidade que os enfermeiros de CSP têm com os seus utentes.

O método de amostragem utilizado inicialmente foi a amostragem probabilística tendo sido usada a técnica de amostragem aleatória por estratos que permite a seleção aleatória dos elementos da população para constituir a amostra, após a divisão desta em subgrupos homogéneos (Freixo, 2012) e onde todos os elementos da população têm a mesma possibilidade de serem selecionados (Fortin, 2003).

Não nos foi possível manter este método de amostragem, pois tendo em conta que esta população se encontra ainda maioritariamente em plena atividade profissional, não sendo utilizadores frequentes das unidades de saúde, para aumentarmos as taxas de resposta, decidimos optar por abrir a possibilidade de resposta a outras pessoas, para além das selecionadas inicialmente, que obedecendo aos critérios estabelecidos aceitassem participar no estudo, passando assim para um método não probabilístico, usando a técnica de amostragem por quotas onde os sujeitos foram escolhidos por apresentarem as características procuradas (Freixo, 2012).

A estratégia de contacto manteve-se centrada nos enfermeiros e revelou-se muito satisfatória face ao incremento significativo da taxa de respostas, que globalmente atingiu os 83%, num total de 894 participantes, sendo que em seis unidades funcionais se conseguiu obter uma taxa de resposta de 100% e nas restantes valores acima dos 65%, como é possível observar na Tabela 6.

**Tabela 6 - Amostra final por subgrupo etário, unidade funcional e respetiva taxa de resposta**

Unidade Funcional \ Grupo etário	45-54 Anos			55-64 Anos			TOTAL			Taxa de resposta
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	
UCSP Aljustrel	21	21	42	24	22	46	45	43	88	100%
UCSP Almodôvar	11	15	26	14	16	30	25	31	56	93%
UCSP Alvito	4	5	9	5	5	10	9	10	19	100%
UCSP Barrancos	5	4	9	3	2	5	8	6	14	100%
UCSP Beja	32	44	76	25	40	65	57	90	141	80%
USF Beja	20	29	49	19	27	46	39	65	95	76%
UCSP Castro Verde	15	17	32	13	15	28	28	32	60	94%
UCSP Cuba	12	11	23	8	8	16	20	19	39	100%
UCSP Ferreira do Alentejo	11	16	27	12	13	25	23	35	52	73%
UCSP Mértola	15	14	29	15	14	29	30	28	58	100%
UCSP Moura	20	29	49	16	20	36	36	61	85	67%
UCSP Ourique	13	12	25	12	12	24	25	24	49	100%
UCSP Serpa	23	29	52	19	23	42	42	68	94	68%
UCSP Vidigueira	11	11	22	11	11	22	24	24	44	92%
<b>Total Amostra</b>	<b>213</b>	<b>257</b>	<b>470</b>	<b>195</b>	<b>229</b>	<b>424</b>	<b>408</b>	<b>486</b>	<b>894</b>	<b>83%</b>

## 4.2. VARIÁVEIS

As variáveis foram selecionadas em função do referencial teórico, sendo agora importante operacionalizar a forma como foram avaliadas.

### Variáveis dependentes

Considerámos como variáveis dependentes os comportamentos promotores de saúde adotados pelos participantes e que integram um estilo de vida promotor de saúde.

Estas variáveis foram avaliadas através da Escala de Perfil de Estilos de Vida Promotores de Saúde [HPLP II]. A nossa opção por esta escala surgiu-nos como natural e congruente tendo em conta que é um dos instrumentos considerados apropriados para pesquisas que utilizem o Modelo de Promoção da Saúde (Walker, Sechrist & Pender, 1995b). Este instrumento, com os seus 52 itens mede o Estilo de vida promotor de saúde no global e em cada uma das dimensões, pois é constituído por seis subescalas que medem os principais componentes de um estilo de vida promotor da saúde. As respostas são dadas numa escala de quatro posições - Nunca (1), Algumas Vezes (2), Frequentemente (3) e Por Rotina (4) - que avaliam a frequência dos comportamentos de promoção da saúde autorrelatados nos seguintes domínios: Responsabilidade em saúde; Atividade física; Nutrição; Relações interpessoais; Crescimento espiritual; e Gestão do *stress*.

Um score global para o Estilo de Vida Promotor de Saúde é obtido através do cálculo da média das respostas individuais aos 52 itens, os scores para cada subescala são obtidos de forma análoga através do cálculo da média das respostas individuais aos respetivos itens para cada subescala (**Anexo 4 – HPLP II Scoring Instructions**). As autoras recomendam o uso de médias para que seja mantida a métrica entre 1 e 4 e sejam possíveis comparações significativas entre os resultados das diferentes subescalas (Walker et al., 1995b). Tendo por base a métrica utilizada, a

obtenção de um score médio superior a 2,5 foi considerada um resultado positivo (Al-Kandari, Vidal & Thomas, 2008; Zhang, Tao, Ueda, Wei & Fang, 2013), sendo considerada a possibilidade de se categorizarem os scores médios obtidos, para a escala global e para as seis subescalas, da seguinte forma: elevados (quando é obtida uma média superior a 3), moderados (quando é obtida uma média entre 2,5 e 3) e baixos (quando é obtida uma média inferior a 2,5) (Al-Khawaldeh, 2014).

Na versão original do HPLP II, a consistência interna da escala ( $\alpha$  de Cronbach) foi de 0,943, tendo sido traduzida e validada para português pela Unidade de Investigação em Saúde (UIS) do Instituto Politécnico de Leiria (investigador responsável – Pedro Sousa, a quem foi solicitada a autorização para o uso da Escala – **Anexo 5**), onde a confiabilidade foi avaliada pelo  $\alpha$  de Cronbach e a validade de constructo determinado através de análise fatorial confirmatória manteve, na versão portuguesa, os 52 itens e apresenta um  $\alpha$  global de 0,925 (Sousa, Gaspar, Vaz, Gonzaga & Dixe, 2015).

O HPLP II tem sido amplamente usado em pesquisas sobre promoção da saúde e é considerado como tendo validade e confiabilidade suficientes para ser usado em diferentes contextos e populações (Al-Khawaldeh, 2014). Os estilos de vida promotores de saúde têm sido investigados, através deste instrumento, por todo o mundo e em diferentes grupos etários da idade adulta: **estudantes universitários** (e.g., Alpar, Senturan, Karabacak & Sabuncu, 2008; Al-Kandari et al., 2008; Al-Khawaldeh, 2014; Chouhan, 2017), **adultos** (e.g., Johnson, 2005; Callaghan, 2006; Cid, Merino & Stiepovich, 2006; Ammouri, 2008), com particular incidência em **grupos de mulheres** (e.g., Adams, Bowden, Humphrey & McAdams, 2000; Oran, Can, Senuzun & Aylaz, 2008; Baheiraei, 2011; Mirghafourvand et al., 2014) e em **contextos de trabalho** (e.g., Quevedo, 2001; Beser, Bahar & Buyukkaya, 2007; Huang, Li & Tang, 2010; Zhang et al., 2011), sendo os **enfermeiros** um dos grupos profissionais estudado (e.g., Kirag & Ocaktan, 2013). Este instrumento é também utilizado em pesquisas em **idosos** (e.g., Callaghan, 2005; Lee, 2009), e em grupos vulneráveis como **imigrantes** (e.g., Misra, Patel, Davies & Russo, 2000; Tajik, Galvão & Siqueira, 2010) e **pessoas com doença crónica** (e.g., Chilton, Hu & Wallace, 2006).

A maioria dos estudos recentes (últimos 5 anos) que encontrámos usando este instrumento foram realizados em países culturalmente diferentes do nosso (e.g., Turquia; Irão; Japão; China; Tailândia; Índia; Jordânia) o que evidencia o interesse crescente do estudo dos estilos de vida promotores de saúde nesses países ao mesmo tempo que parece indicar que este instrumento não tem sido muito utilizado nos países europeus apesar de, como já referimos, ser considerado como tendo validade e confiabilidade suficientes para ser usado em diferentes contextos e populações. Este instrumento foi também amplamente utilizado em vários contextos e populações, quer na América do Norte quer na América do Sul.

Para além do estudo realizado para validação da versão portuguesa (Sousa et al., 2015) apenas encontrámos um estudo realizado em Portugal onde foi usado o HPLP II, como um dos

instrumentos para avaliar a eficácia de uma intervenção educacional e comportamental para pessoas diabéticas, não nos tendo sido possível aceder aos seus resultados (Sousa & Pereira, 2014).

### Variáveis Independentes

Foram selecionados três grupos de variáveis independentes, estando o primeiro inserido nas “Características e experiências individuais” do Modelo de Promoção da Saúde, nomeadamente os fatores pessoais categorizados como biológicos, psicológicos e socioculturais (Pender et al., 2011), nas diferentes categorias selecionámos aqueles que foram por nós considerados relevantes através da evidência científica consultada.

#### • Fatores Biológicos:

- **Idade**<sup>52</sup> – Uma questão aberta onde o participante colocou o numeral correspondente ao número de anos.
- **Género**<sup>53</sup> – Operacionalizada numa escala nominal: masculino e feminino.
- **Índice de Massa Corporal [IMC]**<sup>54</sup> – Duas questões abertas onde o participante colocou o seu peso e a sua altura, sendo posteriormente calculado o IMC cujo resultado, expresso em Kg/m<sup>2</sup>, foi classificado em categorias definidas pela OMS - Tabela 7.

**Tabela 7 - Classificação Internacional de Baixo Peso, Excesso de Peso e Obesidade para adultos, com base no IMC (WHO)**

Classificação	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )
Baixo Peso	<18,5
Normal	18,5 – 24,9
Pré obesidade	25 – 29,9
Obesidade I	30 – 34,9
Obesidade II	35 – 39,9
Obesidade III	≥ 40

Adaptado de: [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)

- **Existência de doença crónica** – Duas questões: uma primeira sobre a existência de um diagnóstico de doença crónica a segunda sobre a toma habitual de medicamentos, as repostas afirmativas eram completadas com uma questão aberta.
- **Fatores socioculturais:**
  - **Nível de escolaridade**<sup>55</sup> – Escala ordinal com os vários níveis de escolaridade.
  - **Profissão**<sup>56</sup> - Uma questão aberta onde o participante colocou a sua profissão, esta resposta foi depois trabalhada com base nos Grandes Grupos da Classificação Portuguesa de Profissões 2010 (INE, 2011).

<sup>52</sup> **Idade** - Tempo decorrido desde o nascimento da pessoa até ao momento da colheita de dados para o estudo (em número de anos cumpridos).

<sup>53</sup> **Género** - Conjunto de características das pessoas em estudo que se dividem em homens e mulheres.

<sup>54</sup> **IMC** – Este índice é calculado com base nos dados antropométricos (peso e altura) utilizando a seguinte fórmula:  $IMC = \frac{Peso}{Altura^2}$

<sup>55</sup> Corresponde ao **nível de escolaridade** mais elevado que a pessoa completou.

- **Situação profissional** <sup>57</sup> – Escala nominal com as várias opções.
  - **Rendimento mensal do agregado familiar** <sup>58</sup> – Escala de intervalo com vários escalões de rendimento.
  - **Estado civil** <sup>59</sup> – Escala nominal com as várias opções.
  - **Tipo de família** – Escala nominal com as várias opções, a partir da qual se classificou o tipo de família: Unitária; Nuclear (casal); Nuclear (com filhos); Monoparental; Alargada.
  - **Nacionalidade** <sup>60</sup> – Duas opções: Portuguesa; Outra (especificar qual).
  - **Local de residência** <sup>61</sup> – Duas questões abertas onde o participante colocou o concelho e a freguesia de residência.
- **Fatores psicológicos:**
    - **Autoperceção do estado de saúde** – Duas questões, a primeira, idêntica à forma como Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 avaliou a ‘autoapreciação do estado de saúde’, pretendia que o respondente classificasse o seu estado de saúde, de uma forma geral, através de uma escala ordinal. A segunda questão complementar pretendia que o respondente classificasse o seu estado de saúde comparativamente a pessoas da sua idade e género, através de uma escala nominal.

O segundo grupo de variáveis independentes diz respeito às “**Cognições e sentimentos sobre o comportamento específico**” do Modelo de Promoção da Saúde, onde foram selecionados dois aspetos: Autoeficácia percebida e Influências interpessoais (Pender et al., 2011).

- **Influências interpessoais:**

No que respeita às influências interpessoais onde, no caso concreto deste estudo, optámos pela influência exercida pelos profissionais de saúde e pelos grupos (pares) para a adoção de comportamentos que constituem o Estilo de Vida Promotor de Saúde, esta variável foi operacionalizada por sete questões: duas questões utilizavam escalas ordinais para avaliar a participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis e a utilização dos serviços do Centro de Saúde. Duas questões dicotómicas pretendiam saber se ao utilizar os serviços do Centro de Saúde ou outros serviços de saúde o participante recebeu alguma informação sobre estilos de vida saudáveis. Três questões utilizavam escalas nominais para avaliar quem promoveu as atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis, quais foram os

---

<sup>56</sup> **Profissão** - É a ação ou efeito ocupar-se de forma profissional, é usado como sinónimo de trabalho, emprego ou atividade desempenhado pela pessoa em estudo.

<sup>57</sup> **Situação Profissional** - Diz respeito à situação do participante face à sua atividade profissional.

<sup>58</sup> **Rendimento Familiar Mensal** - Corresponde à totalidade dos pagamentos recebidos pelos elementos da família, mensalmente, como produto do seu trabalho ou correspondentes a subsídios ou pensões.

<sup>59</sup> **Estado Civil** - Situação determinada por laços de casamento ou relacionamento que implica a existência de direitos e deveres.

<sup>60</sup> **Nacionalidade** – Corresponde ao país de nascimento.

<sup>61</sup> **Local de residência** – Corresponde ao local de residência oficial do participante.



profissionais do Centro de Saúde que forneceram informação sobre estilos de vida saudáveis e quais os outros serviços de saúde que forneceram informação sobre estilos de vida saudáveis.

- **Autoeficácia percebida:**

Na perspetiva atual da Teoria da Ação Planeada (Ajzen, 1991) é-nos possível avaliar a autoeficácia percebida através de uma ou duas questões específicas, sendo usado frequentemente um único item (Burke et al., 2009; Hoepfner, Kelly, Urbanoski & Slaymaker, 2011; Williams & Smith, 2016). Tendo em conta o exposto anteriormente foi nossa opção operacionalizar esta variável através de duas questões que procuram avaliar a confiança que as pessoas de meia-idade têm na sua capacidade de autoeficácia em geral: “Consegue levar a cabo as coisas que se propõe realizar” e “Quando não obtém sucesso à primeira continua a insistir até conseguir”, para facilitar a sua avaliação foi utilizada a mesma escala ordinal do HPLP II: Nunca; Algumas vezes; Frequentemente; Sempre.

- **Comportamentos de risco:**

Tendo em conta que o estilo de vida é composto por uma conjunção de comportamentos promotores de saúde e de comportamentos de risco optámos por incluir num terceiro grupo de variáveis independentes os comportamentos de risco onde, com base na literatura científica consultada, optámos pelo Consumo de tabaco e de álcool por serem considerados os mais frequentes na população adulta, sendo importantes determinantes da saúde das pessoas e da adoção de comportamentos promotores de saúde.

- **Consumo de Tabaco** - Refere-se ao autorrelato relativo ao consumo habitual de tabaco, operacionalizado através de três questões: a primeira pretendia que o participante se situasse relativamente ao consumo de tabaco através de uma escala nominal. Para aqueles que se declaravam como fumadores ou ex-fumadores foi colocada uma questão sobre o número de cigarros consumidos, avaliada numa escala ordinal. A terceira questão dizia respeito ao fumo passivo e pretendia que o respondente se situasse relativamente à sua permanência em espaços fechados, junto de fumadores, através de uma escala ordinal.
- **Consumo de Álcool** – Refere-se ao autorrelato relativo ao consumo habitual de bebidas alcoólicas, operacionalizado através AUDIT C, que inclui as três primeiras questões de quantificação do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Teste). A primeira pergunta diz respeito à frequência dos consumos; a segunda questiona sobre a quantidade de álcool ingerido num dia de consumo e a terceira sobre a frequência de episódios de consumo acentuado (binge drinking). O questionário AUDIT foi desenvolvido pelas OMS, *“por forma a ser adequada a utilização nos Cuidados de Saúde Primários, permitindo detetar níveis variados de consumo, desde o consumo de risco, nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada”* (Ministério da Saúde, 2011, p. 59) podendo ser administrado separadamente ou combinado com outras questões como

parte de uma entrevista geral de saúde ou um questionário sobre estilo de vida. As respostas às três questões colocadas no AUDIT C são pontuadas de 0 a 4, podendo ser atingido um máximo de 12 pontos nas três questões. Quando é atingida uma pontuação maior ou igual a 5, no homem ou maior ou igual a 4 na mulher, classifica-se como sendo consumo excessivo de álcool. Uma pontuação abaixo destes valores corresponde a um consumo de baixo risco (Ministério da Saúde, 2011).

### 4.3. RECOLHA DE DADOS: PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

Após a sua elaboração, o instrumento de medida foi validado por um painel de peritos, constituído por cinco Enfermeiros Especialistas, três deles com mestrado em Enfermagem e um com doutoramento em Enfermagem, tendo sido realizadas as alterações consideradas oportunas. Tendo em conta o tipo de população foi realizada também uma validação da compreensão do instrumento de medida, incluindo a compreensão das questões das referidas escalas. Para esta validação da compreensão utilizaram-se os juízos de vinte pessoas com características semelhantes à população em estudo, residentes em concelhos não abrangidos pelo nosso estudo (Alentejo Litoral e Alto Alentejo), que se pronunciaram acerca da clareza e compreensão das instruções e dos itens que constituem este instrumento de medida. De uma forma geral o instrumento e as suas instruções de preenchimento foram considerados de compreensão simples, no entanto foram sugeridas algumas alterações relativas à compreensão de alguns dos itens da escala HPLP II. Após esta validação da compreensão realizou-se uma segunda reunião com o painel de peritos onde foi efetuada a análise mais profunda de cada item, tendo em conta as alterações sugeridas pelos sujeitos inquiridos.

Da análise efetuada sobre os conteúdos, as propostas de alteração, dizem apenas respeito à escala HPLP II (parte II do questionário) e foram as seguintes:

- No item 6 foi decidido a substituição da palavra “crescer” por “evoluir” por o primeiro termo estar mais associado ao crescimento físico;
- Relativamente aos itens (14, 20, 26, 32 e 38), que referem porções de alimentos foi decidido que deveria ser clarificado o que era considerado uma porção de cada alimento, utilizando-se para isso a definição da Roda dos Alimentos (FCNAUP et al, 2003).
- No item 44 decidiu-se acrescentar (sal) à frente de “sódio” para facilitar a compreensão;
- No item 46 foi decidido substituir “frequência cardíaca” por “pulsação” por ser de mais fácil compreensão;
- No item 49 foi decidido substituir “discussão” por “diálogo” devido à conotação negativa que pode ser dado ao primeiro termo.

A versão final foi submetida a um pré-teste a dez pessoas com características semelhantes à população em estudo não tendo sido encontrados quaisquer problemas relativos à sua compreensão.

Com o objetivo de uniformizar a metodologia a seguir para a recolha dos dados realizou-se, em 9 de Abril de 2014, uma reunião inicial com a Enfermeira do Conselho Clínico do ACES onde foi definida a estratégia mais adequada e que teve como resultado uma comunicação interna para todos os enfermeiros Chefes / Coordenadores das unidades funcionais do ACES, dando conhecimento do estudo e solicitando a sua colaboração, tendo sido incluído o parecer positivo da Comissão de Ética e a autorização do Conselho de Administração da ULSBA para a realização do estudo.

Posteriormente foram realizados contactos telefónicos com todos os enfermeiros chefes/coordenadores onde foram transmitidas todas as informações consideradas importantes para conseguirmos a sua colaboração sendo agendada uma reunião, por unidade funcional, com os enfermeiros que iriam colaborar na entrega e recolha dos questionários aos participantes de meia-idade. Nessa reunião foi disponibilizada informação sobre a finalidade e objetivos do estudo, tendo sido apresentado o questionário (**Anexo 6**) bem como o consentimento informado (**Anexo 7**) e foram esclarecidas todas as dúvidas que os enfermeiros expuseram, bem como a forma de dar apoio para a superação de eventuais dúvidas durante o preenchimento do questionário pelos participantes.

O preenchimento dos questionários decorreu de 30 de Abril a 20 de Outubro de 2014 em todos os concelhos do Baixo Alentejo com a participação dos enfermeiros das diferentes unidades funcionais mas também da investigadora sobretudo nos concelhos com mais habitantes e onde houve alguns constrangimentos relativamente à disponibilidade dos enfermeiros devidos à escassez de pessoal por doença ou férias.

#### **4.4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS**

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao programa estatístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 21, tendo sido utilizada a análise estatística descritiva e, sempre que possível, a inferencial.

Na análise descritiva utilizámos sobretudo as frequências relativas, as medidas de tendência central e de dispersão. Sempre que sentimos como necessária e pertinente a análise do cruzamento das variáveis, recorremos à apresentação da informação em tabelas, destacando a negrito os valores mais significativos.

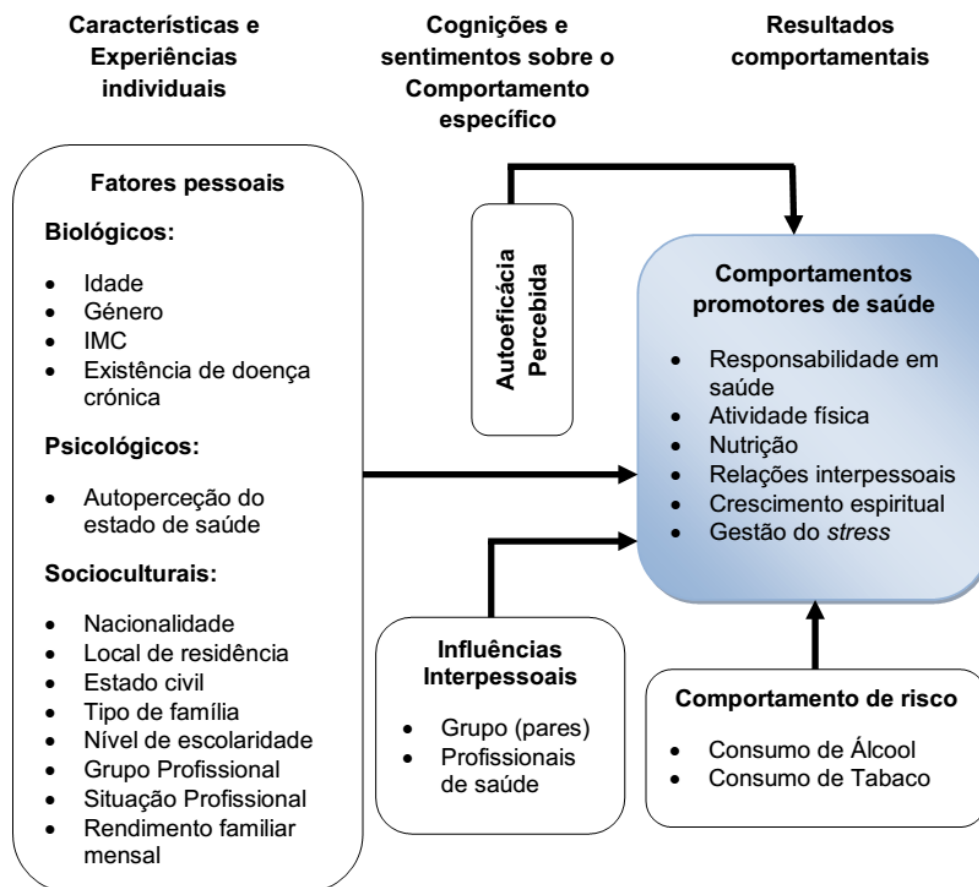
Na análise inferencial foram utilizados testes não paramétricos, uma vez que não se verificaram as condições necessárias para a realização de testes paramétricos (normalidade na distribuição dos dados e homogeneidade das variâncias) como veremos adiante.

Todas as análises foram efetuadas utilizando um nível de significância de 0,05, isto é, uma possibilidade de 5% de rejeitar incorretamente a hipótese nula se generalizarmos para o universo os resultados da amostra.

#### 4.4.1. Modelo de análise do estudo quantitativo

Com base no Modelo de Promoção da Saúde (Pender et al., 2011), importante referencial para esta investigação, reforçado pelo enquadramento do estudo, analisámos as relações entre a variável dependente: estilo de vida promotor de saúde e os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais), as influências interpessoais, a autoeficácia percebida, partindo do pressuposto que estes fatores influenciam a adoção de um estilo de vida saudável em geral e/ou em cada uma das suas componentes. Tendo em conta que o estilo de vida é usualmente composto por uma mistura de comportamentos promotores de saúde e de comportamentos de risco que se influenciam entre si estudámos também as relações entre o estilo de vida promotor de saúde e os comportamentos de risco/nocivos (consumo de álcool e consumo de tabaco) para procurar verificar se e em que medida esta relação se verificava, neste grupo populacional. A figura 5 apresenta o modelo de análise deste estudo, com a representação das relações analisadas.

**Figura 4 - Modelo de análise do estudo quantitativo, baseado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**



## 5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Tendo conta que as pessoas são as fontes de informação utilizadas importa adotar procedimentos que assegurem a plena proteção dos seus direitos. As questões de natureza ética são indissociáveis da prática de investigação, devendo estar presentes em todas as fases do processo de investigação (Lima, 2006).

Em consonância com os princípios éticos que devem nortear uma investigação desta natureza, nomeadamente os princípios reconhecidos na declaração de Helsínquia e na convenção de Oviedo, adotámos alguns procedimentos junto das instituições e dos participantes nos estudos:

- Foi solicitada a autorização para a realização do estudo (**Anexo 8**), anexando o respetivo questionário e documento de consentimento informado, ao Conselho de Administração da ULSBA que ouviu a respetiva Comissão de Ética, tendo sido obtido um parecer positivo (**Anexo 9**).
- Os participantes foram informados sobre os objetivos, características e condições de realização da investigação. Tendo sido garantido o direito de não participação no estudo ou de não responder a questões que tivessem a ver com o núcleo de reserva da sua privacidade.
- Nas entrevistas solicitámos autorização para a sua gravação, reforçando a possibilidade de interromper a gravação sempre que necessário.
- Foi solicitado o consentimento informado a todos os participantes e salvaguardado o seu anonimato, bem como o sigilo e a confidencialidade das informações prestadas.
- Para proteger a confidencialidade dos dados, os questionários foram codificados, através da atribuição de um número e o termo de consentimento informado foi, imediatamente após a sua assinatura, separado do questionário.
- Para salvaguarda do anonimato, na codificação das entrevistas o número que lhes foi atribuído não obedece à ordem da sua realização.
- Os participantes foram informados que os instrumentos de colheita de dados (em suporte de papel e áudio) serão destruídos sendo apenas utilizados para esta investigação.
- Os participantes foram ainda informados de que poderão solicitar os resultados do estudo após a sua conclusão.



### **PARTE III - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**





## 1. PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS

Os dados obtidos assentam na perspetiva dos profissionais, que atuam na promoção da saúde no Baixo Alentejo, relativamente ao processo da promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo. Da análise de conteúdo realizada às entrevistas, emergiram cinco categorias:

- 1- Intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis;
- 2- Eficácia das intervenções na adoção de estilos de vida saudáveis;
- 3- Fatores que influenciam as intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis;
- 4- Ambiente facilitador de escolhas saudáveis;
- 5- Papel do Enfermeiro na promoção de estilos de vida saudáveis.

Na Tabela 8 expõem-se de forma genérica os achados, que serão alvo de descrição pormenorizada na análise de cada categoria.

**Tabela 8 - Matriz de análise dos dados emergentes das entrevistas**

Categorias	Subcategorias
<b>Intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis</b>	Contexto das intervenções
	Iniciativa das intervenções
	Continuidade das intervenções
	Orientação das intervenções
	Colaboração entre serviços de saúde para o desenvolvimento das intervenções
	Colaboração intersectorial para o desenvolvimento das intervenções
	Participação ativa dos cidadãos no planeamento, implementação e avaliação das intervenções
<b>Eficácia das intervenções na adoção de estilos de vida saudáveis</b>	Avaliação da eficácia das intervenções
	Estratégias para aumentar a eficácia
<b>Fatores que influenciam o desenvolvimento das intervenções</b>	Relacionados com os participantes
	Relacionados com os profissionais
	Relacionados com as intervenções
	Relacionados com as organizações
<b>Ambiente envolvente facilitador de escolhas saudáveis</b>	Ambiente promotor da atividade física
	Ambiente promotor da alimentação saudável
	Barreiras no acesso a escolhas saudáveis
<b>Papel do Enfermeiro</b>	Na interação com as pessoas, famílias e comunidade
	Na interação com os outros profissionais
	Na liderança de projetos e equipas

### 1.1. INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

A promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade onde, a partir da definição de prioridades, se tomam decisões e planeiam estratégias que se implementam com vista a atingir uma melhor saúde (OMS, 1986).

As intervenções de promoção e proteção da saúde devem valorizar o potencial individual, ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto (variando estes últimos em função do ciclo de vida incluindo a família, a escola, a universidade, o local de trabalho, os

locais de lazer, os lares de idosos e as unidades de prestação de cuidados saúde), com destaque para os principais determinantes da saúde e para as ações intersectoriais (Ministério de Saúde, 2015).

A informação relativa a atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis, que nos foi fornecida pelos entrevistados, foi sintetizada na categoria: Intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis, tendo emergido sete subcategorias: Contexto das intervenções; Iniciativa das intervenções; Continuidade das intervenções; Orientação das intervenções; Colaboração entre serviços de saúde para o desenvolvimento das intervenções; Colaboração intersectorial para o desenvolvimento das intervenções; e Participação dos cidadãos no planeamento, implementação e avaliação das intervenções (Tabela 9).

**Tabela 9 - Subcategorias, indicadores e unidades de enumeração relativos à Categoria: Intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis**

Subcategorias	Indicadores	Unidades de Enumeração
Contexto das intervenções	Escolas	32
	Centro de Saúde	16
	Outros contextos comunitários	15
Iniciativa das intervenções	Unidades funcionais do ACESBA	23
	Autarquias locais	19
	Associações e outras Organizações comunitárias	20
	Cidadãos autónomos	6
Continuidade das intervenções	Intervenções pontuais, sem continuidade	19
	Intervenções com continuidade	13
Orientação das intervenções	Orientação salutogénica, promotora da saúde	41
	Centradas nos processos patogénicos, doença ou risco	41
Colaboração entre serviços de saúde para o desenvolvimento das intervenções	Articulação no seio dos CSP	9
	Articulação entre os CSP e os Cuidados Hospitalares (no seio da ULSBA)	5
Colaboração intersectorial para o desenvolvimento das intervenções	Mobilizar parceiros relevantes	16
	Trabalhar em parceria	54
	Dificuldades no trabalho em parceria	17
Participação dos cidadãos no planeamento, implementação e avaliação das intervenções	Participação ativa	24
	Participação promovida pelos profissionais	20

### 1.1.1. Contexto das intervenções

A análise das respostas dos profissionais entrevistados permitiu-nos compreender os contextos onde as intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis se desenvolvem.

As escolas dos vários níveis de ensino (desde o nível pré-escolar até ao Ensino Superior Politécnico) foram o contexto de intervenção comunitária mais referido pelos profissionais entrevistados com destaque para as intervenções realizadas no Primeiro Ciclo do Ensino Básico [EB], integradas no Programa Nacional de Saúde Escolar e, onde muitas intervenções têm como foco a promoção da alimentação saudável, indo ao encontro ao referido pelo Diretor Geral de Saúde: “Sobre a adoção de comportamentos saudáveis, em especial no que respeita à alimentação

*equilibrada, o investimento terá que privilegiar a Escola, visto que, em adultos, é mais improvável conseguir ‘mudanças’ imediatas dos comportamentos, coletivamente aceites” (George, 2014, p. 2):*

*(...) para a idade pré-escolar temos [o projeto] (...) para que as escolas desenvolvessem atividades no âmbito da alimentação saudável e dos lanches saudáveis, a promoção da parte da autarquia logo de início – nas idades precoces – na promoção da alimentação saudável. E2*

*É mais na EB, é mais nos pequeninos para os ensinar o que comer... E1*

*(...) temos também a parte da Saúde Escolar (...) temos alguns projetos (...) E3*

*Este projeto só abrange duas turmas do EB, foi isso que foi escolhido pela USP, nós temos depois as outras turmas que temos depois outras atividades integradas no Programa de Saúde Escolar, onde é promovida a alimentação saudável e a atividade física em parceria com a escola (...) E5*

*(...) no primeiro ciclo no âmbito da saúde escolar temos projetos de promoção da alimentação saudável e estilo de vida saudável(...) E9*

*Os projetos que estamos a desenvolver neste momento são ao nível da saúde escolar, dentro de todas as áreas que fazem parte do programa de saúde escolar: saúde oral, alimentação saudável (...) E10*

*“No [Instituto] Politécnico temos alguns projetos que já decorreram com os estudantes e com os profissionais (...) E13*

Alguns dos projetos, desenvolvidos no contexto escolar, são dinamizados pela Unidade de Saúde Pública e desenvolvem-se em toda área de abrangência da ULSBA:

*(...) temos para alunos do primeiro ciclo o projeto “Lancheira sorriso em movimento” que é coordenada (...) pela Saúde Pública e foi uma candidatura à Missão Sorriso e aí está no distrito todo (...) E12*

A importância da intervenção no contexto escolar é referida tanto pelos profissionais de saúde como pelos profissionais dos municípios entrevistados:

*(...) [os profissionais da autarquia são] parceiros dinamizadores (...) nas escolas, com a ida das técnicas às escolas a pedido das coordenadoras e integrado naquilo que eram os planos de alimentação saudável. E2*

*Muitas das atividades que hoje são desenvolvidas pelos nossos técnicos [da autarquia] são no contexto escolar (...) E2*

*(...) [os profissionais do Centro de Saúde têm] intervenções na saúde escolar, que é a nossa maior intervenção e de forma programada. E11*

*(...) onde há projetos de promoção da saúde na área da Saúde Escolar (...) são bem aceites (...) E9*

Apesar da importância e da aceitação evidenciada nas falas anteriores existe, nos profissionais entrevistados, a consciência do importante papel dos professores no domínio da Promoção da Saúde nas Escolas:

*Também não investimos já tanto nos mais pequenos porque já faz parte do programa deles trabalhar essas questões pelas professoras e por isso este ano estamos centrados no 5º e 6º ano ao nível das opções nutricionais, porque eles têm os conhecimentos e trabalhamos depois as opções. E5*

*(...) temos a saúde escolar mas é mais quando somos convidados (...) E1*

Outro importante contexto das intervenções é o Centro de Saúde, onde as intervenções são, sobretudo, integradas nas consultas de vigilância de saúde ou de situações crónicas:

*Há sempre a promoção de estilos de vida saudáveis em todas as consultas seja do adulto, no idoso ou na saúde infantojuvenil. E1*

*[Promovem-se os estilos de vida saudáveis em] todas as atividades que fazem parte do Plano de Ação da ULSBA, por exemplo na consulta de Diabetes promovem-se estilos de vida saudáveis, tal como na*

*consulta de HTA, na consulta de Saúde Infantil e também na consulta de Saúde Materna onde, tal como nos outros concelhos, também temos o apoio de uma enfermeira especialista em Saúde Materna. E6*

Surtem ainda outros contextos de intervenção para a promoção de estilos de vida saudáveis, sendo utilizadas outras instituições da comunidade como palco das intervenções:

*(...) vamos fazer um intercâmbio em termos de ginástica, umas vezes vão ao pavilhão e outras vezes vão ao Centro Social fazer e vão começar a fazer com uma turma de crianças de 5 anos (...) E4*

*Tínhamos uma outra atividade que era uma continuidade daquilo que é feito pela enfermeira especialista de saúde materna (...) que era a massagem do bebé e era feito na Biblioteca (...) E5*

*(...) no Centro de Dia já tem havido lá várias atividades, ficou estipulado que vamos lá almoçar uma vez por mês, um almoço convívio com eles [participantes no Projeto e profissionais envolvidos], o grupo todo vai lá almoçar – todos os participantes nas atividades seja na ginástica seja noutras atividades (...) E8*

É ainda referido, pelos profissionais entrevistados, o uso de contextos ligados aos meios de comunicação social local para chegar às pessoas da comunidade:

*Temos um programa mensal na Rádio onde falamos de vários temas ligados à saúde, temas de interesse, (...) Tem sido uma importante atividade nessa área. E3*

*O jornal sabemos que é lido e já têm tecido algumas considerações sobre os nossos artigos querem artigos mais curtos e com menos nomes técnicos. E3*

*(...) todas as semanas nós temos um programa às quartas-feiras na rádio que é só de promoção de estilos de vida saudáveis. E11*

*Tenho um programa de Rádio semanal onde desde o ano passado entra (...) um enfermeiro da UCC e (...) alguns membros da equipa e de alguns projetos ... vá chamemos-lhe equipas principais ou equipas gestoras de projetos, temos ido à rádio fazer esse programa. E12*

### 1.1.2. Iniciativa as intervenções

No que respeita à iniciativa das intervenções, as unidades funcionais dos CSP (UCSP, USF e UCC) e em particular os profissionais de saúde que trabalham na comunidade assumem-se como os principais promotores de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis sobretudo através de intervenções comunitárias:

*Nós temos diversos projetos no âmbito da carteira básica da UCC. E3*

*(...) temos um projeto – ‘Lancheira Sorriso em Movimento’ – para 632 crianças do 1º ciclo que é o mais conhecido porque foi vencedor da 9ª emissão da Missão Sorriso, onde nós nos propomos a acompanhar durante 4 anos essas 632 crianças do Baixo Alentejo, da área de abrangência da ULSBA, para a promoção de lanches escolares saudáveis no intervalo da manhã e brincadeiras de recreio promotoras de bem-estar social, psicológico e afetivo. E9*

*(...) temos alguns parceiros mas [os projetos] saem principalmente da saúde. A entidade promotora é a UCC ou a Unidade de Saúde Pública. A Unidade de Saúde Pública desenvolve projetos com uma área de abrangência distrital. E12*

*(...) dentro da ULSBA conheço vários [projetos], há projetos de promoção da atividade física, de alimentação saudável (...) e que existem praticamente em todos os concelhos. E13*

*(...) cinco projetos que são desenvolvidos por iniciativa da ULSBA (...) E14*

É também reconhecido pelos profissionais entrevistados o importante papel desempenhado pelas autarquias locais (Municípios e Juntas de Freguesia) na promoção de atividades e projetos sendo estes sobretudo dirigidos à promoção da atividade física, requerendo um grande

investimento em recursos humanos qualificados, espaços adequados e equipamentos, como veremos adiante:

*(...) a autarquia já há vários anos que vem vindo a desenvolver ações no campo desportivo, da atividade física, da promoção de estilos de vida saudável de uma forma geral para todo o público-alvo, as crianças de uma forma mais primária e até ao público sénior. E2*

*Daquilo que tenho conhecimento em termos de Rede Social, eu diria que a CM é a entidade promotora em primeira linha. E2*

*(...) [a autarquia tem] tentado promover uma série de projetos e iniciativas com vista à promoção da saúde – temos o programa ‘Escolhas’ que vai na sua 5ª geração e temos várias campanhas com o CS no âmbito da dentição, da higiene, da sexualidade, portanto tudo o que vamos vendo como algo em que devíamos intervir (...) E4*

*Conheço alguns da Câmara, tem vários projetos (...) onde a população alvo são aqueles que se inscrevem mas é mais para as pessoas inativas. E8*

Para além das autarquias locais existem também Associações e outras Organizações comunitárias que tomam a iniciativa de desenvolver intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis:

*(...) agora temos uma associação (...) que tem mais a ver com esta parte lúdica e recreativa e das dramatizações, porque a pessoa que está à frente é do grupo de teatro, e também tem uma vertente ligada à saúde, estão a desenvolver atividades na comunidade e nas escolas, ao nível da promoção de estilos de vida saudáveis: alimentação, as questões ligadas ao respeito, todos estes aspetos da afetividade, atividade física. E7*

*(...) há ainda outros projetos de entidade privadas que promovem o envelhecimento ativo e saudável (...) E9*

Acontecem ainda intervenções que surgem por iniciativa de grupos de cidadãos autónomos, embora sejam sobretudo de carácter pontual:

*(...) estamos mais uma vez a falar de atividades pontuais que surgem muitas vezes de um movimento espontâneo da própria sociedade (...) E9*

*(...) Portanto há o grupo dos ciclistas, da BTT que organizam uma corrida e depois fazem [uma palestra] sobre algum tema (...) E10*

### 1.1.3. Continuidade das intervenções

Foram referidos pelos entrevistados, aspetos ligados à continuidade das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, com especial relevância para as, já referidas intervenções, integradas no Programa Nacional de Saúde Escolar, promovidas pelos CSP e dirigidas a crianças e jovens no contexto escolar. Sendo criticado o carácter pontual e sem continuidade de algumas intervenções e valorizadas aquelas que apresentam alguma continuidade:

*(...) quando a CM organiza alguma coisa como por exemplo dança na Praça as pessoas aderem... só que isso é pontual e devia haver alguma continuidade (...) E5*

*(...) o objetivo principal é ter atividades de continuidade sempre, eu acho que fazer dias comemorativos é interessante mas o que está por trás é que é mais interessante, ou seja, se nós dermos continuidade às coisas as pessoas acabam por ter objetivos de vida (...) 2 ou 3 dias antes já está a pensar, depois de amanhã tenho aquilo... portanto o objetivo é criar coisas de continuidade. E8*

*A descoberto e, na minha opinião mal, temos os meninos do 2º ciclo em que existem apenas atividades pontuais solicitadas pela escola ou atividades pontuais promovidas pelas instituições de saúde para a promoção de estilos de vida saudáveis (...) E9*

*Depois também para a população em geral há uma série de atividades e para grupos específicos mais velhos realmente há aqui uma lacuna considerável, porque há ações pontuais, projetos estruturados não. E13*

*Penso que deveria haver um projeto de trabalho contínuo desde o dito pré-escolar até ao final do ciclo de vida nesta área da sexualidade mas para isso seriam precisos recursos humanos e materiais que não temos. E13*

### 1.1.4. Orientação das intervenções

No que respeita à orientação das intervenções, como seria de esperar estas encontram-se divididas entre intervenções com uma perspetiva preventiva: centradas nos processos patogénicos, doença ou risco, enquanto outras intervenções adotam uma perspetiva mais positiva, ou seja, têm uma orientação salutogénica<sup>62</sup>, promotora da saúde.

As intervenções com orientação salutogénica visando a manutenção da saúde positiva e do bem-estar iniciam-se precocemente:

*(...) as Jornadas Municipais pela Educação, onde se inclui a questão do desporto, bem como oficinas sobre diversas problemáticas sociais (...) Estas ações, ao serem incluídas num plano, tem um suporte que nos leva a dar ferramentas aos nossos jovens, como o incentivo à prática do desporto, e daí termos as infraestruturas desportivas cheias de jovens, a ocupação dos espaços que temos, e não são poucos, mostra como os jovens estão lá e como praticam essas atividades. E2*

*(...) a promoção do aleitamento materno é feita na consulta de saúde materna e na preparação para o parto com a enfermeira especialista, todas as nossas grávidas e também os pais são seguidos pela enfermeira especialista em saúde materna, fazem a preparação para o parto onde são falados esses aspetos específicos (...) E7*

*Sem sombra de dúvida, todos os projetos que nós temos na saúde escolar (...) é mesmo de promoção da saúde, depois a parte da saúde materna e da promoção da parentalidade ainda estamos na promoção (...) E14*

Estendendo-se até idades mais tardias, através dos projetos desenvolvidos em contexto comunitário nas denominadas Academias Sénior, Academias da Saúde ou Clubes da Saúde, onde são desenvolvidas diferentes tipos de atividade que favorecem a literacia e a interação social, promovendo a manutenção da saúde e do bem-estar:

*(...) a Academia Sénior que inclui disciplinas que promovem a saúde mental das pessoas em disciplinas como saúde e bem-estar, meditação e relaxamento. Porque se a saúde física é um problema porque as pessoas vão diminuindo a sua atividade, a saúde mental é também muito importante. E2*

*O objetivo deste projeto [Academia da Saúde] é aumentar a literacia em saúde. E6*

*(...) no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis (...) temos um projeto de envelhecimento ativo a que chamámos Clube da Saúde, este projeto desenvolve-se em três áreas: alimentação, atividade física e a atividade cognitiva (...) E11*

*(...) no 'Envelhecimento ativo' temos o Clube da Saúde que começámos agora com a população da Universidade Sénior (...) E12*

Alguns desses projetos direcionados para um grupo etário específico, como a população idosa, acabam por trazer benefícios para toda a comunidade:

---

<sup>62</sup> Uma **perspetiva salutogénica** valoriza os fatores que interferem positivamente na saúde. O paradigma salutogénico foi fortemente impulsionado por Antonovsky com a criação do Modelo Salutogénico em 1984 (Nunes, 1997).

*(...) o projeto chama-se Aldeia Amiga das Pessoas Idosas, mas as atividades não têm que ser só para idosos e não são, porque é um projeto que toda a comunidade está a usufruir, há atividades com as crianças e quando há outras atividades todos vão beneficiar, quando a pedovia estiver feita todos irão beneficia.. E8*

As intervenções que se centram nos processos patogénicos, doença ou risco são principalmente dirigidas à idade adulta e sobretudo aos mais idosos:

*(...) este município desenvolveu no segundo semestre de 2015 um ciclo de palestras de saúde e bem-estar, para que os especialistas que convidamos possam falar de questões de risco em termos de saúde, para os mais velhos. E2*

*(...) pessoas em idade ativa, de pessoas dos seus 25 aos 50 e qualquer coisa anos, nós não temos nada estruturado, o que é que nós temos? Participação em rastreios mas mais uma vez na lógica da prevenção da doença, rastreios para determinação do IMC, glicémia capilar, alteração da visão (...) E9*

*(...) todos os outros projetos que intervêm na fase adulta e nos idosos estamos mais a atuar ao nível da prevenção (...) quer ao nível da nossa oferta quer ao nível da procura por parte dos utentes. E14*

Muitas dessas intervenções são direcionadas para grupos de risco específicos havendo alguma predominância das intervenções no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes Mellitus:

*(...) temos todos os meses atividades: ginástica, caminhadas, palestras sobre alimentação saudável mas direcionadas para os diabéticos (...) E1*

*(...) o ano passado tivemos alguns programas na área da Diabetes, onde foram abordados vários temas, portanto numa sessão era abordado um tema e depois outros noutras sessões (...) E8*

*(...) temos [um projeto de intervenção] na área da diabetes que é complementar o trabalho que é feito nas equipas de saúde da UCSP, vamos tentar fazer a parte da educação para a saúde em grupo e os rastreios do risco de diabetes, assumimos essa responsabilidade, queremos chegar a toda a população do concelho (...) estamos a tentar fazer também sessões de educação para a saúde para as pessoas já com diagnóstico de diabetes. E11*

São ainda referidas outras intervenções direcionadas para a prevenção de outros riscos e/ou patologias:

*Gostava ainda de falar do projeto de prevenção de quedas que é um projeto que está a ser desenvolvido em cinco concelhos e nós somos um deles, é um projeto da DGS em que nós estamos a colaborar e o que nós fazemos é a avaliação do equilíbrio dos utentes com mais de 65 anos, referência para a equipa nuclear de saúde quando são detetados problemas, distribuição de informação sobre como pode prevenir as quedas, aconselhar as pessoas a fazerem atividade física e avaliação das condições habitacionais e aconselhamento sobre o que podem alterar. E11*

*(...) tenho a consulta de Risco Metabólico (...) com a Equipa de Saúde (...) E12*

*(...) [intervenções] relacionadas com a infeção VIH-SIDA, com outras doenças sexualmente transmissíveis e acontecem um pouco por toda a região mas realmente é muito focalizado naquela área (...) E13*

No que respeita às intervenções preventivas direcionadas para os mais jovens destacam-se as intervenções direcionadas para a prevenção da Obesidade:

*(...) temos a nível das escolas a prevenção da obesidade. E1*

*Tivemos (...) um projeto sobre obesidade infantil que depois tentamos fazer uma candidatura para darmos continuidade e não conseguimos, tivemos depois uma continuidade com outro projeto (...) E4*

Apesar da sua relevância, esta abordagem centrada no risco e na prevenção de doenças recebe alguma crítica por parte de um dos profissionais de saúde entrevistados:



*(...) estamos a trabalhar mal porque nós, serviços de saúde, não estamos a estruturar as nossas intervenções e só estamos a fazer intervenções de promoção da saúde porque estamos preocupados com as doenças que aparecem pela má gestão da promoção da saúde, nomeadamente a diabetes e a HTA, as IST – VIH SIDA e depois o tabagismo, quando no meu entender deveríamos trabalhar ao contrário – trabalhar numa lógica de potencial de saúde, de comportamento saudável, de comportamento seguro para podermos perceber que até aos 18 anos trabalhámos esses temas e que, se calhar contribuímos para mais tarde diminuir a incidência dessas doenças (...)* E9

### 1.1.5. Colaboração intersectorial para o desenvolvimento das intervenções

Diferentes tipos de colaboração entre setores e serviços foram referidas pelos profissionais entrevistados no que respeita à maioria das intervenções desenvolvidas, sendo a colaboração intersectorial<sup>63</sup> a mais evidenciada, através do estabelecimento de parcerias entre o setor da saúde e outros setores da sociedade, indo ao encontro do referido pela OMS: “increasingly health promotion is exploring partnerships between the public sector, civil society and the private sector.” (Nutbeam, 1998, p. 27).

A maioria das intervenções comunitárias de promoção de estilos de vida saudáveis são desenvolvidas em parceria, sendo habitualmente os CSP que mobilizam os parceiros relevantes, tendo em vista uma melhor gestão de recursos ou a melhor adesão da população-alvo:

*As parcerias são uma mais-valia, aliás os nossos projetos são todos em parceria...* E3

*(...) fizemos a parceria com a escola para conseguirmos avançar, fizemos o estudo económico daqueles lanches, que é o que está agora, as pessoas agarraram, e por falar com os pais, porque são eles os responsáveis pelo que as crianças levam para a escola e posso dizer que correu muito bem, houve uma boa aceitação.* E5

*[Como parceiros do projeto de prevenção de quedas] temos (...) a CM, as Juntas de Freguesia que colaboram em situações de alteração do domicílio quando as pessoas não têm possibilidades de fazer essas alterações (...)* E11

*Nestes cinco projetos que são desenvolvidos por iniciativa da ULSBA somos nós que procuramos os parceiros para o seu desenvolvimento, não quer dizer que noutros projetos não sejam eles [instituições da comunidade] a solicitar a parceria da ULSBA.* E14

Também os profissionais dos municípios evidenciam a importância da mobilização de parceiros relevantes visando uma melhor gestão de recursos e o incremento da adesão às intervenções que desenvolvem. É no seio da Rede Social, existente em cada concelho, que esses parceiros são geralmente mobilizados:

*Neste momento podemos dizer que neste concelho temos condições para dar apoio e resposta a todas as situações que nos chegam para dar resposta neste sentido. Se não tivermos um projeto nesse sentido podemos sempre encaminhar para outros parceiros da Rede Social.* E2

*Conseguimos mobilizar as pessoas através dos parceiros, normalmente não temos problemas de adesão pois mobilizamos as instituições que são nossas parceiras na Rede [Social] que mobilizam os seus utentes.* E4

*(...) em termos de recursos e de financiamento, utilizamos muito a nossa Rede Social e as parcerias – este trabalho em parceria que nos habituámos a ter – conversamos muito uns com os outros para trabalhar melhor e rentabilizar os recursos que temos, nem tudo é financiado, trabalhamos muito com a boa*

<sup>63</sup> **Colaboração Intersectorial** corresponde a uma relação reconhecida entre parte ou partes de diferentes setores da sociedade formada para agir sobre uma questão, para alcançar resultados de saúde de uma maneira mais eficaz, eficiente ou sustentável do que poderia ser alcançado pelo setor da saúde sozinho (Nutbeam, 1998).



*vontade dos técnicos (...) [de todas as entidades da Rede] e acabamos por ter recursos e tentamos não desistir. E4*

O trabalho em parceria é considerado pelos profissionais entrevistados uma necessidade, trazendo mais-valias importantes ao desenvolvimento das intervenções, sendo que este trabalho em parceria se torna frequentemente um trabalho em rede:

*A questão das parcerias são muito importantes, pois são elas que permitem que este tipo de trabalho de ação social seja um potencial totalmente diferente. Eu posso dizer que em termos da Rede Social deste concelho, está muito forte, e está ativa, as pessoas não têm falta de rede, cada um nas suas funções e na sua responsabilidade. A rede e a informação passa rapidamente quando são detetados casos que é preciso cuidar e que é preciso dar resposta. E2*

*(...) o trabalhar em rede ajuda muito, quando estamos no mesmo espírito e queremos ouvir e construir a partir daí, resulta, porque é muito bom e nós técnicos sentimos essa necessidade constantemente de nos sentarmos uns com os outros e partilhar os nossos problemas e ouvir os parceiros que passou pelo mesmo problema dizer que experimentou de determinada maneira e correu bem ou não e já sei que assim não irei experimentar. E4*

*(...) são as reuniões, as parcerias, a intervenção precoce, a rede social, (...) que nos levam a dispensar muito tempo ali mas que são importantes, porque reforçam parcerias e criam condições para conseguirmos desenvolver melhor o nosso trabalho na comunidade. E10*

A importância da formalização das parcerias face a projetos financiados ou no âmbito das UCC é também referida pelos profissionais de saúde entrevistados:

*(...) há já muitos anos que a gente trabalha em parceria na Escola e também na Comunidade (...) por exemplo no projeto Lancheira houve aquela necessidade de identificar parceiros formais (...) Aqueles parceiros (...) que normalmente já são parceiros informais de outros projetos, mas nós não temos formalizado, dependendo depois das áreas que estamos a trabalhar contactamos com eles, com as associações locais consoante é necessário, mas nesse projeto houve a necessidade de formalizar de pôr ali mesmo os nomes dos parceiros (...) E10*

*(...) a UCC tem no total 24 parceiros, neste momento temos parcerias com 24 organizações. E11*

Uma das parcerias mais referenciada é a que envolve os CSP e os municípios:

*Tudo o que seja promoção da saúde a autarquia dá todo o apoio isso é incontestável, como parceiros dão todo o suporte e são o nosso principal parceiro, quase que se pode dizer o único. E1*

*Há uma articulação nítida entre a autarquia e o Centro de Saúde, o envolvimento do Centro de Saúde nos programas é sempre prática da autarquia, respeitando a especificidade de cada área. É uma relação que se faz muito facilmente. E2*

*Da parte das autarquias é evidente que eles percebem que este tipo de atividades [de promoção da saúde] é importante e normalmente apoiam (...) E3*

*[o projeto] É da autoria da Saúde mas tem vários parceiros do qual se destaca a CM e a Junta de Freguesia, mas em algumas atividades conta com outros parceiros. A Câmara oferece o espaço físico, os transportes para os passeios, alguns técnicos: da biblioteca, da área do desporto, psicólogo, que tem trabalhado as questões ligadas à depressão. A Junta de Freguesia paga a terapeuta do loga do Riso. E6*

Intervenções desenvolvidas em parceria com as Escolas são também referidas pelos profissionais de saúde entrevistados:

*Todas as atividades no âmbito deste projeto [na área da Saúde Escolar] são da autoria do Centro de Saúde mas numa boa articulação com a Escola, com a qual já trabalhamos em parceria há 23 anos, reunimos no início do ano letivo e definimos em conjunto as atividades que se vão desenvolver na escola pela saúde. O ano passado tivemos uma auditoria de surpresa por técnicos da DGS e estava tudo em ordem a todos os níveis e também nesta articulação com a escola. E6*

*(...) somos nós que nos integramos nos projetos e atividades planeadas pela Escola para o ano letivo e onde ficam logo definidas as áreas onde a saúde vai intervir, logo no início do ano, não vão depois ligar-nos quando precisam, fica logo definido, nós fazemos questão que seja porque já há muitos anos atrás acabava por ser assim pontualmente, mas agora não tem também que fazer parte do nosso plano, mesmo que não sejam projetos nossos, da saúde, mas são parcerias. E7*

Foi valorizado pelos profissionais entrevistados a importância do envolvimento de todos os parceiros em todas as fases do planeamento da intervenção:

*Nas reuniões mensais, surgem por iniciativa dos parceiros, propostas de projetos e o parceiro diz que tem possibilidades ou queria desenvolver uma determinada intervenção, então vemos quem quer aderir e juntar-se porque quantos mais recursos tivermos melhor, podemos acrescentar atividades e construímos assim os projetos em função das necessidades sentidas e também dos recursos disponíveis, com grandes benefícios para todos, a CM trata normalmente da logística dos transportes e da divulgação. E4*

*(...) todos os parceiros deveriam estar sempre logo desde o planeamento até à implementação, mas muitas vezes enquanto parceiros muitas vezes quando integramos o projeto já está tudo planeado e é já na fase de execução, para dizer a verdade, mas acho eu, isso está a mudar e agora a CM e o Conselho Municipal de Educação do qual fazemos parte também, tem um projeto em vista que é de Prevenção do Bullying, e aí então já estão todos os parceiros envolvidos desde a fase de planeamento. E7*

*(...) o Plano de Ação [da UCC] foi feito em conjunto, a Junta de Freguesia e a CM estiveram-nos sempre a acompanhar na elaboração do Plano de Ação e em todos os projetos, pelo menos a Junta de Freguesia participou em todos, bem como a Escola, as Associações dessa comunidade foram parceiros na elaboração do Plano, fizemos várias reuniões, discutimos o diagnóstico da comunidade. E11*

Apesar das mais-valias assinaladas, os profissionais entrevistados referem, no entanto, algumas dificuldades no trabalho em parceria e/ou em rede:

*(...) nós trabalhamos em parceria há tantos anos e estamos a chegar a algum desgaste porque cada um está preocupado com a sua instituição mas às vezes se eu conseguir dar uma mãozinha à instituição do lado a minha também não cai e porque o objetivo do nosso trabalho é a comunidade, e todos somos uma parte da comunidade, portanto a entreada é essencial, isto é que é trabalhar em rede. Trabalhamos há muitos anos em rede mas por vezes esquecemos o que é uma rede e temos sempre que ter esta noção de rede porque só assim é que nós conseguimos efetivamente fazer mais e melhor e atingir um objetivo que é único – o bem-estar da comunidade e todos somos uma parte da comunidade. E é isso que tem de nos mover sempre. E4*

*(...) umas vezes é mais difícil porque isto de trabalhar com toda a gente nem sempre é muito fácil, porque há sempre a tendência de cada um trabalhar por si, individualmente é muito mais fácil, não é? Vamos fazer aqui o nosso “projetozinho” e agora vamos pô-lo em prática, mas isso não podemos fazer sozinho ou se tentarmos sozinhos corre mal porque não vai resultar da mesma forma de certeza absoluta. Por isso aqui, tanto com as escolas como com as Juntas, a Câmara tentamos articular. E10*

Dentro das dificuldades sentidas pelos profissionais entrevistados evidenciam-se as dificuldades na articulação com as Escolas:

*(...) embora eu acredite que nem tudo deva ser feito na escola, os jovens devem sair da escola para os contextos da comunidade, mas para sair da escola os jovens têm de vir acompanhados e quando chegamos aí há um forte fechar de portas do professor e vulgarmente o que ouvimos é ‘não há tempo, temos de dar o programa, é muito interessante mas não podemos’. Porque perante o que existe se os professores organizassem o seu plano de ação tendo em conta o que culturalmente pode ser benéfico e podem usufruir para os seus próprios alunos, vinham com eles mas isso não acontece, por isso é que eu falava há pouco das exigências ao nível do ensino-educação e como estas se forma intensificando nos últimos anos, em termos do cumprimento do programa. E2*

*(...) o que às vezes se torna mais difícil é a articulação com a escola, agora também com a reorganização das escolas com a desmotivação dos professores (...) torna-se mais difícil ultrapassar todas estas barreiras para chegar aos miúdos (...) E10*

*(...) também com algumas dificuldades que temos de intervir nas escolas agora pois os professores estão muito limitados no tempo que nos podem disponibilizar, não que estejam menos recetivos mas eles não têm possibilidades de nos deixar desenvolver algumas atividades porque têm constrangimentos que aqui há seis, sete anos não tinham e agora cada vez vêm mais constrangimentos. É muito difícil intervir nas escolas, nós se calhar durante um ano letivo ocupamos umas quinze ou vinte horas durante o ano todo na escola (...) E11*

*Os profissionais da educação também precisam de formação e eu acho que o facto de eles rodarem frequentemente e não haver um continuar da parte deles também dificulta o trabalho porque sabemos que as colocações dos professores também são altamente rotativas e nós às vezes até temos ações para os profissionais mas no ano a seguir já não são os mesmos profissionais, portanto estamos sempre a recomençar, porque os professores são sempre outros e estamos sempre a fazer a mesma atividade, entre aspas, sem que depois seja possível dar continuidade, pois o professor vai ser colocado noutra escola completamente distante e aquele recurso que nós tínhamos a trabalhar connosco deixamos de o ter ... vai ser recurso de outro sítio que às vezes pode ser aproveitado ou não. E13*

Foram também evidenciadas, por alguns profissionais de saúde entrevistados, algumas dificuldades na articulação com as autarquias locais:

*Quando se trabalha na comunidade há aqui questões muito importantes, nós não podemos ter horários, de facto o horário é uma limitação muito grande e notamos isso com a CM, quando nós pedimos para fazer uma atividade fora deste contexto, por exemplo para apanhar a população ativa precisávamos trabalhar ao fim da tarde e dificilmente conseguimos ter disponíveis as pessoas das autarquias e mesmo em termos de salas e tudo é muito difícil nós conseguirmos isso, e nós ao nível da UCC estamos disponíveis para isso mas não conseguimos muitas vezes por estas razões. E3*

*Por várias razões neste momento não há grande articulação entre a autarquia e o CS, e isto tem a ver com a maneira como as pessoas querem estar na sociedade, a nova [gestão da] autarquia quer colocar tudo no campo do programa eleitoral o que muitas vezes não é compatível com aquilo que é necessário (...) E5*

### 1.1.6. Colaboração entre serviços de saúde para o desenvolvimento das intervenções

A colaboração entre serviços de saúde quer ao nível de projetos desenvolvidos de forma integrada por várias unidades dos CSP, quer ao nível de projetos de integração entre os CSP e os cuidados hospitalares (no âmbito da Unidade Local de Saúde) também foram referidos.

A articulação no seio dos CSP evidencia-se através de intervenções que são desenvolvidas em mais do que uma unidade funcional, tendo em vista também a rentabilização de recursos:

*Outro projeto que temos (...), que é um dos projetos que foi candidato a uma parceria entre a DGS e a MAPFRE, que é o da prevenção das quedas, este era um tema que estávamos para começar há muito tempo, tínhamos necessidades e achávamos que tínhamos que fazer qualquer coisa, mas nunca foi muito fácil avançar (...) agora com uma formação que foi feita pela DGS e da Unidade de Saúde Pública, foi proposto realizar-se alguns projetos, começou por ser pensado em cada concelho mas depois decidiram que era avançar com o mesmo projeto em quatro concelhos (...) E10*

*(...) [na UCC] estamos a trabalhar em colaboração com a equipa de saúde, com o Enfermeiro [da USF] (...) que tem lá esse trabalho que é complementar do nosso, nós não trabalhamos isolados, trabalhamos também com a equipa nuclear de saúde (...) [o Enfermeiro] tem um trabalho desenvolvido que dá resposta àquilo que nós também temos projetado (...) também temos colaborado com ele nalgumas atividades, temos tido atividades nossas em que ele colabora connosco, temos tido uma relação boa que acaba por dar respostas aos nossos objetivos. E11*

*De uma forma geral estamos [a trabalhar as questões da sexualidade e prevenção de IST] em todos os concelhos que compõem o ACES, por vezes é uma colaboração menos prática, pode ser através de cedência de material, ou através de consultadoria, de uma forma geral em todos os locais, mesmo que eu não me desloque lá, há pelo menos esta articulação. E13*

Foi também evidenciada, pelos profissionais de saúde entrevistados, a importância da articulação entre os CSP e os cuidados hospitalares (no seio da ULSBA):

*(...) uma boa articulação entre os vários serviços de saúde [CSP e Hospital], portanto eu considero que o facto de haver proximidade entre os serviços e os profissionais de saúde para que hajam objetivos e metas comuns ajuda muito para podermos falar todos da mesma coisa, da mesma forma, ou não, mas para que possamos estar sincronizados, portanto a comunicação entre profissionais de saúde também tem que existir para podermos chegar aos nossos objetivos. E9*

*Neste momento a informação circula o que não quer dizer que nós nos entendamos, pois nem sempre nos entendemos, porque há de facto quem privilegie o seu canto, o seu território e que não o queira abrir aos outros e depois ... não quero dizer que as pessoas se entendam mas a proximidade e o esforço que existe em pôr toda a gente a falar uns com os outros considero positivo. E9*

*(...) neste momento o que estamos a tentar é que os projetos sejam todos articulados e integrados somos uma Unidade Local de Saúde e a perspetiva e a direção dos cuidados devem ser sempre nesta vertente. E14*

### **1.1.7. Participação dos cidadãos no planeamento, implementação e avaliação das intervenções**

As pessoas e as comunidades não devem ser vistas como o objeto da intervenção mas sim como sujeitos ativos de todo o processo, uma plena e efetiva participação dos cidadãos na definição das prioridades para a saúde, na tomada de decisões e nas estratégias de planeamento e implementação com vista a uma melhor saúde é enfatizada pela Carta de Ottawa (OMS, 1986). Esta participação ativa nos cuidados de saúde havia já sido considerada pela Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) não só como um direito, mas como um dever a exercer individual e coletivamente. Através da participação ativa, os cidadãos e as organizações, no seio de uma comunidade capacitada, conseguem um maior suporte social e ganham uma crescente influência e controlo sobre os determinantes da saúde (Nutbeam, 1998).

Os relatos que se seguem referem a importância que os profissionais dão à participação ativa dos cidadãos:

*(...) um dos principais objetivos do Guia Global para as Cidades Amigas das pessoas idosas (...) é envolver as pessoas, aproveitar a extrema sabedoria que os idosos têm e que não se consegue facilmente só ao longo da vida é que se vai adquirindo e então era aproveitar essa situação e peguei nesse aspeto e achei que era importante eles darem ideias, eu sempre gostei de ouvir os mais velhos, porque aprendemos com eles e tirá-los das decisões não me fazia sentido nenhum dentro do projeto que era e então íamos falando com eles e mostrando o que pensávamos e eles achavam aquilo estranhíssimo e de início estavam retraídos mas depois começaram a ver que a intenção era esta, que as ideias deles eram bem-vindas, eram aceites, algumas eram praticáveis, discutíamos as coisas e acabavam por aceitar participar nas decisões e tornou-se mais fácil. Agora é mais fácil. E8*

*Eu acho que devemos envolver as pessoas e serem elas os atores principais da promoção da saúde. E11*

*(...) somos nós os atores principais num momento inicial mas a ideia é que depois iremos dar lugar às pessoas. E11*

*Nós chegamos à comunidade com o projeto todo feito, as pessoas não têm grande participação no planeamento e na construção de todo o projeto. (...) o começarmos a planejar já com a comunidade acho que este é o principal, a pessoa é estranha àquele projeto até pode depois às vezes motivar-se e participar mas se sentir o projeto como nosso, em vez de ser meu é nosso acaba por haver uma envolvimento maior ... planejar com a própria comunidade. E13*

*(...) acho que tem tudo a ver com a capacitação, há que capacitar essas pessoas e fazê-las ver que são responsáveis pela sua saúde e logo por essa participação, logo é necessário que eles se sintam os principais responsáveis. E14*

Esta relação entre participação e capacitação pressupõe que os conhecimentos dos participantes, as suas opiniões e o seu saber experiencial sejam contemplados nos processos de decisão para garantir uma adequação das intervenções aos problemas vividos (Serapioni & Matos, 2013). Uma das formas sugeridas pelos entrevistados para conseguir o incremento da participação dos cidadãos é através da identificação e envolvimento dos líderes da comunidade no processo de planeamento das intervenções:

*(...) a ideia tem que ser essa, reunir com os líderes, conversarmos um pouco, expormos a ideia do nosso projeto e tentar perceber qual é o caminho correto: será diversificar pelas aldeias, ficar na sede, quais são as pessoas interessadas, tentar perceber um pouco mais o que é que vamos fazer. E3*

*Para incrementar essa participação devemos envolver as pessoas desde o nascimento do projeto, identificar os líderes da comunidade e envolve-los desde o início: este projeto é nosso! E9*

Não obstante todos estes aspetos, os entrevistados referem dificuldades na participação ativa dos cidadãos:

*Não é muito fácil e aquilo que nós notamos é que temos que ser sempre nós a espreitar essa participação, porque nós gostaríamos que quando iniciamos estes projetos identificar os líderes e serem eles a conduzirem o processo mas eles não querem agarrar o processo, acham que devemos ser nós saúde ou outra entidade promotora do projeto a avançar com o mesmo, envolvem-se mas até um certo limite e partir daí dificilmente avançam, não querem agarrar (...) E3*

*Ao princípio não foi fácil, quando eu falava e punha as pessoas a dar ideias e lhes dizia que o projeto que estamos a construir é para nós elas achavam aquilo um bocado estranho pois estão habituadas a apenas lhes dizerem o que há para fazer e não a tomar decisões de planeamento. E8*

Alguns entrevistados evidenciam essa ausência de cultura de participação, considerando que as pessoas continuam a deixar decisões importantes relativas à sua saúde na mão dos profissionais de saúde:

*A verdade é que quando são feitos os diagnósticos e apresentados à comunidade eles concordam com os problemas identificados mas depois não saímos dali, não dão ideias, temos que ser sempre nós a agarrar, é muito complexo. Aliás é o peso da saúde, a essência da saúde é sempre sobre os técnicos e não sobre mim, aliás vão ao médico e “O doutor é que sabe” a resposta é sempre essa, delegam nos técnicos, façam aquilo que acharem melhor e depois não participam, o que é mau. E3*

*As pessoas não participam muito, demitem-se do seu dever de participação, deixam em mãos alheias, preferem ser orientados do que orientar, desresponsabilizam-se. A maior parte das pessoas é assim, embora haja 2 ou 3 mais dinâmicos. Mesmo na Escola os pais não participam. São sempre os mesmos a participar. E6*

*Não há uma cultura de participação (...) Têm sido tentadas várias estratégias, inclusive pela Câmara Municipal mas é difícil, tem a ver com questões culturais. E6*

*(...) há também ainda uma necessidade de as pessoas terem alguém que organize as coisas por elas (...) eu noto muito isso, as pessoas participam em coisas que já estão organizadas mas partir para outras ... E10*

Um dos profissionais entrevistados evidencia que a população não está motivada para essa participação porque não lhe reconhece benefícios:

*A motivação [é um fator determinante para a participação ativa], porque as pessoas não têm vontade, é mais uma coisa em que as pessoas têm de participar, as pessoas já trabalham (ou não), já têm que fazer a sua rotina do dia-a-dia e pensam 'agora vou perder tempo nisto' não vêm mais-valias (...) E12*

São também referidas dificuldades por parte dos profissionais no envolvimento da comunidade no processo de planeamento:

*(...) quando há projetos ou atividades é tudo muito monopolizado pelas pessoas que as concretizam, pelos profissionais, devia ser dado um igual poder de participação aos líderes comunitários, ao líder do grupo coral, ao líder da patinagem, ao líder ... vamos fazer em conjunto ... mas muitas vezes eu tenho isto aqui para vocês quem quiser vir venha. E9*

*Eu acho que nós quando fazemos os projetos deveríamos envolver mais a comunidade, aquilo que me parece que nós fazemos é: nós criamos o projeto, tudo bem, levantamos as necessidades mas depois na própria planificação das atividades, às vezes em coisas tão simples como os horários as atividades, envolvemos pouco a comunidade. E13*

## 1.2. EFICÁCIA DAS INTERVENÇÕES NA ADOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Esta categoria sintetiza a informação relativa à perceção dos entrevistados relativamente à eficácia das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, tendo emergido duas subcategorias: Avaliação da eficácia; e Estratégias para aumentar a eficácia das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis (Tabela 10).

**Tabela 10 - Subcategorias, indicadores e unidades de enumeração relativos à Categoria: Eficácia das intervenções na adoção de estilos de vida saudáveis**

Subcategorias	Indicadores	Unidades de Enumeração
<b>Avaliação da eficácia das intervenções</b>	Avaliação objetiva	36
	Avaliação subjetiva	9
<b>Estratégias para aumentar a eficácia das intervenções</b>	Diagnóstico prévio das necessidades	17
	Abordagem situacional	18
	Capacitação comunitária	16
	Início precoce	10
	Adequação dos horários das atividades	7
	Divulgação das intervenções	5

### 1.2.1. Avaliação da eficácia das Intervenções

A crescente necessidade de avaliação das intervenções de promoção da saúde coloca ênfase na evidência da eficácia das mesmas. Relembramos que uma intervenção de promoção da saúde eficaz conduz a mudanças nos determinantes da saúde (Nutbeam, 1999). Sendo estas intervenções direcionadas para a promoção de estilos de vida saudáveis é sobre esse determinante que os profissionais entrevistados percebem a eficácia das intervenções. Intervenções de promoção da saúde que promovam os estilos de vida saudáveis, que tornem os ambientes mais favoráveis à sua adoção e que facilitem o acesso aos serviços de saúde eficazes são considerados resultados intermédios de saúde, porque agem sobre os determinantes da saúde modificáveis (Nutbeam, 1999). É assim considerada como fulcral a “utilização de métodos de avaliação crítica, sistemática e contínua dos problemas, das necessidades, dos recursos, das políticas e das formas de intervenção,



*de modo a serem tidas em conta e a serem incorporados na gestão de projetos de intervenção comunitária em saúde” (DGS, 2003, p. 7).*

Neste estudo, no que respeita à avaliação da eficácia das intervenções, os profissionais entrevistados evidenciam a importância de uma avaliação objetiva através de indicadores que medem a eficácia das intervenções na adoção de estilos de vida saudáveis:

*Daí a importância da avaliação, se nós não fizermos uma avaliação não percebemos se vale a pena ir por aquele caminho, não nos interessa programas e planos para encher folhas, interessa que olhemos para eles e percebamos o que queremos, o verdadeiro objetivo e o que conseguimos, se estão a surtir efeito na melhoria dos estilos de vida e na saúde das pessoas (...) E2*

*(...) [No projeto] Lancheira Sorriso em Movimento já temos o primeiro ano de avaliação, o projeto dura quatro anos e já terminámos o primeiro ano, e temos resultados, já há resultados na alimentação dos miúdos ainda que nem sempre seja aquilo que desejemos. E7*

*(...) de pelo menos dois deles [projetos] temos [indicadores relativos à eficácia] (...) temos já alguns resultados mas vamos ver o que vamos conseguir mais, temos mais dois anos pela frente. E9*

*Agora com este [projeto] vamos ter [indicadores que avaliem a eficácia] porque existe um questionário inicial e um questionário final feito no fim do ano, onde são feitas avaliações dos pesos com regularidade e aí se calhar vamos ter uma melhor percepção desses resultados ao nível da adoção dos comportamentos. E12*

A exigência de indicadores de resultados para a avaliação dos projetos é cada vez mais uma realidade, especialmente em projetos onde há a colaboração intersectorial ou que se candidatam a algum tipo de financiamento:

*(...) se fizéssemos o projeto que estávamos a planear [em parceria e para ser candidato a financiamento] era feito de outra forma, com objetivos definidos e com indicadores, aí ao fim daquele tempo, quando finalizasse o projeto poderíamos saber se tínhamos as metas cumpridas ou não (...) E7*

*(...) quando me candidatei à Missão Sorriso tinha que pôr um prazo com novos objetivos diferentes do projeto inicial, e esses objetivos foram a dois anos e (...) acima de tudo são objetivos de execução, são objetivos de atividade: fazer a pedovia, está a fazer-se; criar o grupo de voluntariado (...) E8*

Um dos desafios da atualidade é encontrar medidas cada vez mais fiáveis e válidas dos indicadores da eficácia da promoção da saúde, nomeadamente a definição e medição dos resultados intermédios de saúde, como os estilos de vida e os ambientes saudáveis (Nutbeam, 1999). E os profissionais entrevistados relatam, de facto, dificuldades em avaliar a eficácia das intervenções, refletindo a falta de ferramentas e métodos normalizados de avaliação:

*O ano terminou e fizemos as avaliações, estamos de facto com alguma dificuldade, porque nem o próprio ACES nos é capaz de definir indicadores, a UCC é o parente pobre em termos das Unidades Funcionais e nós gastaríamos também que quem lê os relatórios nos desse feedback, ou seja, não é só dizer que está bom, a gente quer ver se o caminho é este e se de facto também nos traçam indicadores e que conseguíssemos também em termos das UCC, quase um benchmarking entre todos para tentar saber o que estamos a fazer e qual o caminho a seguir e não tem sido fácil. E3*

*Ainda não temos indicadores objetivos (...) E11*

*Neste momento ainda não temos indicadores que nos permitam avaliar a eficácia destes dois projetos. E14*

Alguns dos profissionais entrevistados salientam que muitas intervenções foram implementadas recentemente e não houve tempo suficiente para se observarem efeitos visíveis na adoção dos estilos de vida saudáveis que possam ser avaliados, sendo reforçado que a promoção

de estilos de vida saudáveis é um processo demorado cujos resultados em termos de ganhos em saúde só se observam ao fim de alguns anos:

*(...) nada muda em 3 ou 4 anos, ou num ano, porque são comportamentos e temos uma família por trás, são hábitos, a própria dificuldade de mudar hábitos é um fator a ter em conta, porque é difícil mas se forem orientados hão-de chegar lá e aí vamos encontrar os ganhos em saúde mas leva o seu tempo, normalmente uma comunidade, segundo as teorias, leva 10 anos a mudar os seus comportamentos, temos que ter paciência para esperar. E5*

*(...) em saúde comunitária esses resultados levam anos para se conseguirem, por isso esses aspetos devem ser avaliados a longo prazo. E11*

*Qualquer projeto na área da promoção da saúde é sempre difícil de avaliar porque a avaliação deveria ser feita ao longo do tempo. E13*

*(...) eu costumo dizer que estas coisas só se avaliam ao fim de alguns anos, portanto isto só vai ter reflexos e impacto daqui a alguns anos, esta área da promoção da saúde é sempre uma área que é difícil de avaliar. E14*

A avaliação subjetiva, através da percepção que os profissionais têm sobre as melhorias no estilo de vida após intervenções específicas, foi também relatada por quatro dos profissionais entrevistados:

*Nota-se que as pessoas melhoram o seu estilo de vida e que psicologicamente melhoram muito. Aqueles que realmente aderem andam felizes e entusiasmados com as atividades, por exemplo de atividade física, e vê-se que as pessoas andam bem. É a importância do convívio humano, há troca de experiências, e as pessoas convivem, porque aqui há tendência para as pessoas se isolarem e então é muito positivo. E1*

*Em termos de resultados aqui [no projeto Caminhar para o Equilíbrio] também não temos palpáveis, ou seja não temos resultados muito concretos, mas existe a noção de que as pessoas ficam mais preparadas, mais capacitadas para lidar com a doença, temos sentido muito isso. E10*

*(...) aquilo que é visível mas não é fundamentado ainda com indicadores é que eu acho que há muito mais gente a praticar exercício físico do que havia, mas não é uma coisa que seja ainda com base em indicadores é a “olhometro” como se costuma dizer. E13*

### 1.2.2. Estratégias para aumentar a eficácia

Uma atuação efetiva na promoção da saúde ao longo da vida implica que os enfermeiros (bem como os outros profissionais que atuam nesta área) conheçam de forma adequada o perfil da comunidade com que estão a trabalhar, aproveitando todos os recursos que nela exista, conhecendo os contextos locais e sobretudo trabalhando em parceria ativa com as pessoas (Manthorpe et al., 2004). Esta perspetiva reforça a necessidade da realização de uma cuidada avaliação das necessidades individuais e coletivas, a definição de objetivos individuais e a adequação da intervenção a cada caso, evidenciado a já referida, perspetiva de trabalho em parceria interprofissional e intersectorial, bem como o envolvimento dos participantes como parceiros em todo este processo (Nuñez et al., 2003; Ming et al., 2006; Runciman et al., 2006). Estes aspetos são referidos pelos profissionais entrevistados como poderemos ver seguidamente.

Um adequado e rápido diagnóstico das necessidades de saúde como base para o planeamento das intervenções é uma das estratégias mais mencionadas pelos profissionais entrevistados:

*Este projeto é mais abrangente do que outros onde participei, surgiu de um diagnóstico de saúde (...) E8*



*(...) é importante fazer o diagnóstico de saúde da comunidade mas não sermos tão exaustivos, porque perdemos tanto tempo a colher e a analisar os dados e depois a fazermos o Plano de Ação para as necessidades identificadas que quando começamos a pôr as coisas em prática já alguns dados estão desatualizados. E11*

O planeamento em saúde faz parte das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (OE, 2011a) como é reforçado por um dos entrevistados:

*(...) faz parte das competências do Enfermeiro Especialista fazer diagnóstico de saúde e programar atividades e desenvolvê-las junto da comunidade onde está inserido. E8*

O diagnóstico é a primeira etapa do planeamento em saúde e a implementação bem-sucedida de projetos de prevenção da doença ou de promoção da saúde, na comunidade, depende em grande parte de uma completa avaliação das características da comunidade, que tenha em conta as necessidades, as oportunidades e os recursos. Devendo esta avaliação ser realizada com a comunidade e não para a comunidade (Nuñez et al., 2003; Manthorpe et al., 2004; Ming et al., 2006; Runciman et al., 2006; Pender et al., 2011). Os relatos que se seguem referem a importância dessa estratégia:

*(...) quando as coisas nascem por necessidade é diferente, isto é tão velho como o ser humano, quando algo se faz por necessidade sentida está lá a resposta, há toda a vontade de avançar com o projeto, mas quando as coisas são impostas (...) E5*

*(...) tentar perceber o que é que aquela população necessita, é assim muitas vezes preparamos as coisas e vamos lá fazer mas nem sempre as pessoas estão para aí viradas, nós podemos achar que as pessoas têm necessidade de saber mais sobre a HTA e a Diabetes mas as pessoas querem são outras coisas, assim a gente não consegue. E10*

Partindo do levantamento das necessidades os profissionais de saúde entrevistados adequam as estratégias a utilizar com vista a uma maior eficácia através de uma abordagem situacional que é visível nas falas seguintes:

*(...) estamos sempre a aprender e nada disto acontece sempre na perfeição e vamos aprendendo e ajustando, porque a realidade é dinâmica e o que resulta hoje pode não resultar amanhã mas o facto de trabalharmos em parceria, de sermos alertados por um parceiro que determinada estratégia pode não funcionar temos que ouvir aqueles que conhecem e têm a experiência. E4*

*(...) é preciso ter algum cuidado porque na nossa área de abrangência nós, embora consigamos planear uma atividade com objetivos comuns, ela nunca será desenvolvida da mesma maneira, não só pelas equipas que a executam mas também pelos destinatários que a podem aceitar de maneira diferente. E9*

*(...) nós verificamos que é muito diferente fazer-se uma atividade num concelho maior em comparação com um concelho mais pequeno, é muito mais difícil. Às vezes é mais fácil fazer-se uma determinada atividade que parece ser impossível num concelho com um maior número de residentes, num concelho com um menor número de residentes. E9*

A capacitação e a responsabilização das pessoas pela sua saúde são considerados pelos entrevistados como aspetos essenciais, o que vai de encontro ao referido na Carta de Jacarta “a promoção da saúde efetua-se pelo e com o povo, e não sobre e para o povo” (OMS, 1997, p. 6). Sendo necessário “instrução prática, treinamento em liderança e acesso aos recursos. Dar o direito de voz às pessoas requer acesso mais consistente ao processo de tomada de decisão e às

*habilidades e ao conhecimento essenciais para efetuar a mudança” (OMS, 1997, p. 6). A importância desta estratégia é visível nos relatos seguintes:*

*Há também um grupo de teatro que é subsidiado pela autarquia e que também trabalha estas questões como a violência no namoro, sendo uma parte de um plano mais alargado. É como se semeasse e fosse regando pouco a pouco, é um trabalho de paciência mas que gera capacitação para a cidadania. E2*

*A pessoa é que tem de tomar as decisões, nós podemos dar a informação às pessoas mas as pessoas é que tomam as decisões e não somos nós e nestas coisas da educação para a saúde se não for assim não resulta (...) E11*

*Acho que temos que apostar muito, muito nesta capacitação e isto só se consegue com este envolvimento da comunidade, temos que saber lá chegar e é isto que às vezes os profissionais não conseguem. E14*

Outra estratégia bastante referida pelos entrevistados é o início precoce, em termos etários, das intervenções, donde decorre a aposta nas crianças e jovens como principal público-alvo das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, considerando que estes podem servir como elo de ligação aos adultos e sobretudo que a adoção precoce de estilos de vida saudáveis se traduz numa maior possibilidade de se desfrutar de uma vida mais longa e mais saudável, conforme já foi amplamente reforçado:

*Acho que ainda são idades onde conseguimos fazer, ou promover alguma mudança e eles são o nosso elo aos encarregados de educação e daí a escolha destes miúdos mais novos e vamos acompanhá-los durante quatro anos, todo o primeiro ciclo. E12*

*(...) cada vez mais a aposta nas crianças, porque quanto mais cedo se começa melhor e são eles que são os grandes modificadores e elos de viragem de todo este processo. Portanto se apostarmos nas crianças de certeza que vamos conseguir. E14*

É também reforçado por um dos profissionais entrevistados a importância de intervir nos adultos de meia-idade numa perspetiva de promoção da saúde e também de prevenção dos problemas que podem surgir em idade mais avançada:

*(...) na minha perspetiva era importante começar a trabalhar mais esse grupo etário [meia-idade] pois se começássemos a trabalhar nessa idade poderíamos estar a promover estilos de vida saudável e ao mesmo tempo a prevenir determinadas situações que depois mais tarde vamos ter, porque quando nós começamos a atuar já os problemas estão instalados. E7*

São ainda referidas mais duas estratégias para aumentar a eficácia das intervenções bem como a adesão da população alvo: Adequação dos horários das intervenções e a Divulgação das intervenções. A adequação dos horários das intervenções é sobretudo importante quando estas se destinam à população em idade ativa:

*(...) se for para uma população ativa procuramos planejar atividades para o fim-de-semana ou para depois do horário laboral. Por exemplo tivemos uma atividade de promoção da atividade física na Praça da República onde o nosso maior investimento foi para o horário pós laboral para permitir a participação das pessoas em idade ativa. E4*

*(...) estou a lembrar-me por exemplo do projeto da ‘Lancheira Sorriso em Movimento’ (...), perguntou-se aos pais qual era (...) o dia que sugeriam para se fazer o almoço ‘Sorriso em Movimento’ e se os pais gostariam de participar (...) a sugestão que os pais deram foi ao sábado, é óbvio que a adesão ao almoço por parte dos pais, que foi a um sábado, foi muito superior àquela que foi durante a semana, durante a semana praticamente não houve um pai que pudesse participar. Acabam por os horários também serem aqui um fator fundamental nas dinâmicas dos projetos. E13*

A divulgação das intervenções e a forma como esta é realizada é também considerada como importante sobretudo no que respeita à adesão dos participantes a que essas intervenções se destinam:

*(...) um dos principais fatores que condiciona o desenvolvimento e a adesão das pessoas é que a divulgação não é feita como deve de ser (...) E8*

*Outro aspeto que está relacionado com a adesão das pessoas tem a ver com a divulgação dos projetos, a maneira como é divulgado, um projeto que aparece o nome na televisão temos sempre curiosidade de ir ver, um projeto que recebemos um mail a anunciar também tem alguma, um projeto que passa de boca em boca, olha eu vou às aulas do projeto não sei quantos e acho que aquilo é bom e as pessoas têm maior curiosidade, portanto as pessoas são a melhor publicidade que é de boca em boca (...) E9*

### 1.3. FATORES QUE INFLUENCIAM AS INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Procurando dar resposta a um dos objetivos deste estudo questionámos os profissionais entrevistados sobre quais são os fatores que, na sua perspetiva, influenciam as atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis de se desenvolvem nas comunidades onde exercem funções. A informação obtida foi sintetizada nesta categoria, tendo emergido quatro subcategorias: Fatores relacionados com os participantes; Fatores relacionados com os profissionais; Fatores relacionados com a intervenção; e Fatores relacionados com as Organizações (Tabela 11).

**Tabela 11 - Subcategorias, indicadores e unidades de enumeração relativos à Categoria: Fatores que influenciam as intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis**

Subcategorias	Indicadores	Unidades de Enumeração
Fatores relacionados com os participantes	Fatores Biológicos	Idade
		Género
	Fatores Psicológicos	Motivação
		Conceção de saúde e doença
	Fatores socioculturais	Questões culturais
		Questões económicas
		Nível educacional
	Influências interpessoais	
	Benefícios percebidos da ação	
	Exigências imediatas	
	Influências situacionais	
	Barreiras percebidas para a ação	
	Preferências	
	Sentimentos em relação ao comportamento	
Fatores relacionados com os profissionais	Motivação	
	Disponibilidade	
	Dificuldades na intervenção comunitária	
Fatores relacionados com as intervenções	Tipo de intervenção	
	Oferta de atividades e projetos	
Fatores relacionados com as organizações	Influências políticas	
	Participação dos estudantes de enfermagem no planeamento e implementação de intervenções	
	Alterações organizacionais ligadas à reforma dos CSP	
	Apoio organizacional à implementação de intervenções	

### 1.3.1. Fatores relacionados com os participantes

A análise desta subcategoria foi realizada tendo como referência o Modelo de Promoção da Saúde (Pender et al., 2011) que já anteriormente apresentámos. O uso deste Modelo surgiu-nos como relevante tendo em conta que os achados deste estudo são em parte sobreponíveis aos fatores elencados por este Modelo como determinantes para a adoção de um comportamento promotor de saúde, que no caso deste estudo foi considerado sobretudo a adesão dos participantes à intervenção de promoção da saúde, como veremos de seguida.

Assim dentro dos fatores pessoais biológicos surgem a idade e o género, sendo o primeiro o mais evidenciado pelos profissionais entrevistados.

Como já tinha sido perceptível na caracterização das intervenções, estas dirigem-se sobretudo a crianças e idosos, as primeiras porque é mais fácil a sua adesão às intervenções uma vez que estas se desenvolvem principalmente em contexto escolar, quanto aos idosos é referido pelos entrevistados a sua maior disponibilidade para participar:

*(...) quem participa mais são as pessoas mais velhas, estão mais inativos, não têm muito que fazer e participam mais, estão sempre mais disponíveis e alinham. E1*

*E eu vejo que é fácil promover a saúde no âmbito da Saúde Escolar e também no outro extremo do ciclo de vida. E9*

*(...) com as crianças encontramos-las na escola, vamos à escola e temos tido várias atividades com as crianças na escola e participam (...) E11*

*(...) acabamos sempre por abranger o mesmo tipo de população, os reformados ou as crianças que estão na escola, porque vamos lá (...) e há aqui todo um “bolo” que é as pessoas que estão a trabalhar que infelizmente são cada vez menos mas ainda há e que nós não os apanhamos, nós não podemos ir lá interromper o trabalho (...) E13*

Com é evidenciado na última fala, os adultos em idade ativa, como as pessoas de meia-idade, participam menos porque estão ocupados e menos disponíveis para aderir às intervenções sendo ainda referido que o horário em que estas são desenvolvidas nem sempre é compatível com a sua disponibilidade:

*Há claramente uma lacuna de participação [nas atividades e projetos desenvolvidos] das pessoas ditas em idade ativa. E2*

*A ideia que eu tenho é que [as pessoas de meia-idade] não aderem. Aliás até porque mesmo nas atividades desenvolvidas no Centro de Saúde, esse grupo etário é o que menos vem ao Centro de Saúde e mesmo quando são convocados para algo, por exemplo já temos tido às vezes sessões de grupo da diabetes, essas pessoas não vêm. E7*

*(...) com aquela população dos 30-40 anos, esses a gente não consegue (...) há outras coisas mais importantes a fazer do que participar nisto ou noutra ação. E10*

*Os adultos são os que participam menos (...) E11*

*(...) uma lacuna que tem a ver com os jovens ativos e os adultos, nesses sim é muito mais difícil de avaliar e sobretudo que eles adiram. E14*

No que respeita à idade dos participantes é ainda de evidenciar a importância que é dada às atividades intergeracionais:

*Procura-se também articular este projeto com a escola em algumas atividades, neste momento está a ser organizada uma parceria entre este projeto e o projeto das 'Hortas Biológicas' dinamizado pelo Agrupamento de Escolas, procurando assim aproveitar a maior experiência e conhecimento que os idosos têm na área da agricultura e dinamizar uma atividade intergeracional. E6*

*Nestas Jornadas Sénior, as Escolas também com as crianças, que estão sempre envolvidos e há sempre esta partilha através de atividades intergeracionais. E7*

*(...) com a Escola desenvolvemos sempre atividades intergeracionais, há um contador de histórias que vai lá sempre contar histórias à Escola, o interesse é que fossem pessoas dentro desta comunidade que estão inativas e que se mostrassem com vontade de ir lá, há algumas pessoas que vão lá (...) E8*

Ressaltamos esta perspetiva integradora, pois atividades que sejam unicamente destinadas a idosos podem ser consideradas discriminatórias e segregacionistas, deve existir, no entanto, algum cuidado relativamente a estas atividades intergeracionais – pois não basta juntar no mesmo espaço crianças e idosos – sendo necessária a existência de vontade recíproca e interesses comuns para que haja efeitos positivos para ambos os grupos etários (Bárrios & Fernandes, 2014). O ideal seria a existência de iniciativas integradoras, sobretudo aquelas que não distinguem idades através de programas e espaços destinados a toda a população. *“A substituição do critério da idade pelo critério das necessidades é uma das condições centrais para a adequação das políticas aos desafios que já enfrentamos relativos ao envelhecimento das populações”* (Bárrios & Fernandes, 2014, p. 195).

No que respeita ao género é referido pelos profissionais entrevistados que os homens participam menos nas intervenções:

*(...) quer na idade ativa quer na população idosa, a população feminina é que participa mais, os homens participam muito pouco. E3*

*(...) as pessoas vão fazendo cada vez mais as caminhadas e aí também ainda são mais mulheres mas também já se vão vendo homens a participar, mas as mulheres são mais ativas nesta área e muitas vezes vão para ver se também os levam, por exemplo no grupo de diabéticos muitas vezes são elas que veem para ver se depois os conseguem trazer. E10*

A motivação e as conceções de saúde-doença dos participantes foram os fatores pessoais psicológicos referidos pelos profissionais entrevistados. No que respeita à motivação esta é considerada como um fator determinante para que os participantes adiram às intervenções propostas:

*(...) ainda hoje esteve aqui uma [idosa] e estava toda entusiasmada porque ia para a ginástica. E1*

*(...) eu acho que no meio disto tudo, dos comportamentos, principalmente se resume tudo numa palavra – motivação de se fazer, de se querer fazer. E12*

Mas é sobretudo a ausência de motivação ou “comodismo” como é referido pelos profissionais entrevistados que é mais evidenciado como razão para a não adesão às intervenções por parte dos participantes:

*(...) tem a ver com a motivação, ou na falta dela, são pessoas pouco ativas que não saem da rotina, que não ultrapassam as suas expectativas, que não têm metas, ideias e deixam-se estar naquele marasmo. E1*

*(...) [a não participação] tem a ver com o comodismo das pessoas. E12*

Sendo ainda referido pelos profissionais entrevistados a dificuldade em atrair novos participantes para as diferentes intervenções, havendo até a sensação por parte dos profissionais de que alguns participantes se sentem “obrigados” a participar:

*As pessoas que participam nas atividades repetem-se sempre, são sempre as mesmas. Vais a uma comunidade há ali um grupo de 30 ou 40 pessoas de entre as 200 ou 300 daquela idade, aí 10%, que participam em tudo e as outras não participam em nada. Os que andam lá têm interesse e entusiasmo e gostam de participar mas são é sempre os mesmos, se convidares para fazer uma caminhada são os mesmos, se convidares para ir ver um filme são os mesmos (...)* E11

*(...) às vezes idealizamos as coisas de uma certa forma e pensamos que as pessoas até realmente estão motivadas mas afinal não estão assim tão motivadas quanto isso e acabam por ... eu às vezes acabo por ter a percepção de que as pessoas estão obrigadas nas coisas.* E12

No que respeita às conceções de saúde-doença foi referido, pelos profissionais entrevistados, que o facto de não estarem ou não se sentirem doentes leva as pessoas, adultas em idade ativa, a não aderirem às intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis:

*(...) quando convocamos as pessoas principalmente se for um grupo que ainda não está doente e que não liga tanto à sua situação porque acha que está tudo bem, é difícil às vezes conseguirmos que eles venham cá (...)* E8

*(...) porque muitas vezes não valorizam estes temas e a saúde, só valorizam quando têm necessidade, quando têm algum problema (...)* E10

*Acho que tem a ver com a valorização desses aspetos, porque coisas que nós valorizamos somos capazes de dar mais, quando não nos sentimos doentes, quando estamos bem de saúde pensamos: ‘vamos agora perder tempo com estas coisas’, não é?* E10

*(...) quando a pessoa tem um problema real a pessoa preocupa-se com ele porque está a senti-lo na pele mas quando sente que ainda está longe não valoriza e então é muito difícil a adesão das pessoas para estes projetos, penso que a principal dificuldade que temos é essa (...)* E11

Esta não valorização da saúde e das intervenções de promoção da saúde traduz-se também numa escassa procura dos serviços de saúde numa vertente de prevenção, pelas pessoas em idade ativa:

*(...) se não estão doentes então também não vão estar a ouvir sobre atividade física ou sobre alimentação ‘se não estou doente, quando me aparecer alguma coisa logo me preocuparei’ por isso mais uma vez não estamos a nos preparar para as doenças, não estamos a prevenir.* E12

*(...) só se realmente tiverem algum problema que faça despoletar essa situação e que sintam essa necessidade, ou seja, eu acho que tem a ver com a tal conceção do que é para eles a saúde e o que os CSP têm para lhes oferecer.* E14

*Ainda existe aquela barreira: os cuidados de saúde são só para quando eu estou doente e a partir daí é que eu os vou utilizar.* E14

De acordo com os profissionais entrevistados à medida que as pessoas se aproximam de uma idade mais tardia começam a ser mais recetivas e aderem mais a intervenções promotoras de saúde e de envelhecimento saudável:

*(...) o facto de nós termos pessoas agora aos 70 anos, por exemplo, que estão preocupados com os seus próximos 20 anos também nos ajuda a chegar às pessoas de uma forma diferente (...) temos uma maior abertura das pessoas (...) já mais preocupadas com a manutenção da sua saúde (...)* E9

*Acho também que quanto mais se aproximam dos 65 anos vai-se notando alguma diferença. Se forem adultos mais jovens, por exemplo de 30 anos, é completamente diferente de estarmos a falar de adultos*

*de cinquenta e tal, porque aí eles já vêm o envelhecimento a começar a aproximar-se e a terem a necessidade de se envolverem mais e de serem mais responsáveis pela sua saúde. E14*

Quanto aos fatores pessoais socioculturais, as Questões culturais, as Questões económicas e o Nível educacional foram os aspetos que mereceram referência dos profissionais entrevistados, sendo considerados por um dos profissionais entrevistados como importantes determinantes para a adesão das pessoas a comportamentos promotores da sua saúde:

*(...) a saúde na hierarquia dos valores é o que surge no topo de todas as pessoas, mas saber como conservá-la, as pessoas, algumas ou mesmo a maior parte até conseguem perceber como conservá-la mas praticar já depende de outros fatores, de outros determinantes, sociais, económicos, da educação (...) E9*

Mais especificamente, as Questões culturais são referidas pelos profissionais entrevistados como aspetos específicos de algumas comunidades, etnias ou até relativamente ao género que interferem na adesão dos participantes às intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis ou na adesão a determinado comportamento promotor de saúde:

*Penso que isto [a escassa participação dos homens nas atividades] é cultural, pode haver algum confronto entre eles, pouca apetência, alguma dificuldade e por isso inibem-se um pouco. E3*

*(...) posso dizer que ao fim de vários anos [num projeto com pessoas de etnia cigana] tive a sensação de ter ‘descalçado os meus sapatos e calçado os deles’ mas que eles nunca tinham feito um esforço para ‘experimentar calçar os meus’ portanto isto tem de ser uma relação dos dois lados e com essa comunidade isto é muito difícil, é um trabalho muito ingrato, porque fazemos, fazemos, fazemos, lutamos para valorizar as questões culturais, ir valorizando e tentando adequar, porque vivemos em sociedade e porque a Lei é para todos e é muito difícil com a comunidade cigana este tipo de abordagens. E4*

*(...) acho que tem a ver com questões culturais específicas deste concelho, nos concelhos limítrofes a população é mais dinâmica do que aqui. Aqui os profissionais investem muito para as pessoas aproveitarem o mínimo, aproveitam pouco os poucos recursos que têm e poderiam ter mais se investissem, mas não se envolvem e não aproveitam. E6*

No que respeita às Questões económicas a precaridade laboral é referida como um dos fatores que impede as pessoas em idade ativa de participar em intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis ou até de controlo de doença crónica:

*Os empregos são raros, são precários e sazonais e as pessoas cada vez têm mais necessidade de os manter e não aderem tanto. As pessoas que trabalham não vão perder um dia de trabalho por qualquer atividade e dizem isso mesmo, até no que toca a consultas de vigilância às vezes de situações com alguma gravidade, quanto mais um projeto de grupo, ainda esta senhora que falei convidei-a para integrar a classe de ginástica e consulta de nutricionista, mas ela estava a dizer-me que era impossível. Não é fácil, não podem faltar ao emprego. E8*

A adesão a comportamentos promotores de saúde como a atividade física ou a alimentação saudável também pode ser influenciada por questões económicas:

*(...) as pessoas valorizam ao nível da alimentação, por exemplo, o mais barato sabendo que não é saudável, porque têm outras prioridades e não têm dinheiro para comprar alimentos mais saudáveis. E9*

*Ao nível da atividade física as pessoas preferem por vezes fazer uma caminhada que é uma coisa mais simples do que entrarem num programa de exercício físico que têm de pagar ao fim do mês. E9*

O Nível educacional é também referido como um os fatores que influenciam a participação ativa dos cidadãos bem como a sua adesão a intervenções e a comportamentos promotores da saúde:



*Outro fator importante é o baixo nível de literacia, uma elevada taxa de analfabetismo o que conta muito para o empenho das pessoas ao nível da participação comunitária. E6*

*O que eu acho nos projetos é que às vezes ... por exemplo (...) enviam para as Juntas de Freguesia a divulgação, que vai haver um atelier, põem pelos cafés e por aqui e por ali e depois não aparece ninguém, metade das pessoas se vêm esta palavra atelier nem sabe o que é, começa logo por ser um cartaz que metade das pessoas não vai ler, porque umas nem sabem ler e depois não compreendem algumas palavras que para nós são banais, ora como é que as pessoas aderem? E8*

*(...) quando temos pessoas com um nível educacional mais elevado e que estejam sensibilizadas para isso as pessoas percebem e vão mudando, aí nota-se. E12*

Da dimensão Cognições e sentimentos sobre o comportamento específico, do Modelo de Promoção de saúde emergiram os seguintes aspetos: Benefícios percebidos da ação, Barreiras percebidas para a ação, Sentimentos em relação ao comportamento, Influências interpessoais e Influências situacionais, aspetos que são considerados de grande importância motivacional podendo ser modificados através de intervenções de enfermagem (Pender et al., 2011).

Os Benefícios percebidos da ação e o papel dos profissionais de saúde desempenhado para que os participantes os conheçam, estão evidenciados nas falas seguintes:

*(...) é como as citologias, ao princípio as mulheres não faziam e agora já vão fazendo, algumas já vêm perguntar quando é têm de fazer outra vez ... isto é assim a pessoa [profissional de saúde] tanto bate, tanto insiste que as pessoas acabam por aderir, acabamos por ter algum resultado(...) E1*

*(...) terá a ver com a motivação das pessoas [para participar em atividades de promoção de estilos de vida saudáveis], que às vezes é preciso trabalhar um bocadinho essa motivação e nós aí colaboramos um bocado em sensibilizar nas consultas da importância dessas atividades, nós e os médicos de família que às vezes deveriam colaborar mais mas isso é outra coisa... uma coisa é dizermos que a pessoa deveria fazer atividade física outra coisa é dizer 'Olhe existe esta hipótese e a outra, e estas pessoas já frequentam' e as pessoas depois até vão (...) E10*

Por vezes é uma situação de doença no próprio ou em alguém próximo que faz despertar as pessoas para os benefícios de um estilo de vida mais saudável, embora essa mudança possa ser apenas temporária:

*(...) muitas vezes é quando surge uma situação grave em pessoas que lhes estão próximas ou que conhecem, como houve agora uma situação com o (...) que teve um AVC muito jovem, aquilo foi um choque para muitas pessoas, quando souberam que afinal era diabético mas que não ligava, etc. quando há alguma coisa na sociedade que os abane, nas pessoas próximas há uma espécie de onda, tenho notado até nas pessoas que estavam mais afastadas que tentam vir marcar consulta para ver se está tudo bem, e tentam modificar hábitos de vida, alimentares, etc. por medo. E depois esquecem e entram outra vez numa fase morta. E1*

*Outro aspeto que pode ser determinante é o surgimento de alguma situação de doença, nem precisa de ser sua, pode ser de um familiar ou pessoa próxima pode mudar completamente a perspetiva que a pessoa tem do seu estilo de vida adotado e do seu impacto na sua saúde, como disse nem precisa de ser uma doença sua, pode ser de alguém próximo, familiar ou no círculo de amigos que vem despertar a pessoa para a adoção de estilos de vida mais saudáveis. E14*

O tempo necessário para se instituir um hábito saudável, a disponibilidade temporal para participar e até o clima podem, de acordo com os profissionais entrevistados, constituir Barreiras percebidas para a ação:

*Ainda ontem eu estive com uma senhora (...) e estive a falar sobre a atividade física e ela disse-me que (...) já terminou, começaram muito bem, com muito entusiasmo mas depois não se consegue agarrar as*



*peessoas e elas desistem. E a verdade é que agora com o tempo frio no Inverno a motivação também não é grande. E8*

*É difícil trazer as pessoas para estes grupos [no projeto Caminhar para o Equilíbrio] porque quando as convidamos ficam um bocado: são tantas vezes, tantas horas e toda a gente está muito ocupada e principalmente aqueles grupos de pessoas mais novas (...) E10*

*(...) a própria mudança de hábitos alimentares é muito difícil portanto e as pessoas não têm paciência, desistem ao primeiro obstáculo, lá está, não estamos preparados para lidar com estes obstáculos e para arranjar estratégias para os ultrapassar e enquanto isto não se tornar um hábito esses obstáculos vão existir e acaba por não se conseguir, portanto é um processo muito longo (...) E12*

O sentimento dos participantes em relação ao comportamento, mais referido pelos profissionais entrevistados é o desgaste, o cansaço relativamente à participação em intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis:

*(...) ao princípio havia uma grande adesão, agora ... ainda hoje elas estiveram a fazer telefonemas, porque geralmente as atividades do projeto são à quinta-feira, e as pessoas já respondem muitas vezes 'Outra vez? Que chatice! Então mas já fui' e estas respostas são sobretudo dos adultos mais novos, já começam a fartar-se de vir, para eles é sempre o mesmo, embora haja várias atividades, há variações mas eles já se queixam e referem que estiveram aqui há pouco tempo (...) E1*

As influências interpessoais contribuem para aumentar ou diminuir a adoção de um comportamento e neste estudo, os profissionais entrevistados, referem o apoio social dado pelos pares sobretudo em atividades de grupo como um importante contributo para aumentar o compromisso e a adoção de estilos de vida saudáveis e em particular na atividade física:

*(...) nas caminhadas já tem havido uma adesão cada vez maior, há muitas pessoas que vão até pelo convívio, pelo grupo, porque é engraçado, porque o outro já foi (...) E1*

*Se for uma orientação para a pessoa fazer sozinha tem de haver duas ou três pessoas que também façam que sejam próximas para haver um incentivo a fazer, porque as pessoas sozinhas acabam por desistir mais facilmente. Eu penso que esta forma facilita. E9*

*(...) quando fizeram lá a pedovia os primeiros que andaram foram muito criticados mas alguns aguentaram-se e depois os outros ... um começa a arrastar outro e é muito mais agradável ir acompanhado do que ir sozinho. E11*

Os profissionais de saúde são outra importante fonte de influências interpessoais e estes sentem esse papel como importante sobretudo na mobilização das pessoas para adotarem estilos de vida saudáveis:

*(...) é um bocadinho difícil às vezes de se conseguir, mas de tanto insistir vamos obtendo resultados, acabam por aderir, mas temos de insistir, insistir muito e bater sempre na mesma tecla. E1*

Sendo também evidenciado, pelos profissionais entrevistados, o contributo negativo que os pares ou que a família ou até mesmo outras influências externas podem dar, diminuindo o compromisso e a adoção de estilos de vida saudáveis:

*Os 10 % [que não melhoraram a qualidade dos lanches] são sempre aqueles que não se consegue, e são para ser trabalhados no seio da equipa de saúde que fica a saber que aqueles grupos familiares têm dificuldades na gestão da alimentação. E5*

*Eu tenho pessoas que (...) deixaram de ir à ginástica uma porque lhe morreu o marido e outra por outro aspeto, deixaram de ir porque achavam que as outras as criticavam e criticavam mesmo e isso tem influência. Muitas pessoas não se sentem confortáveis a essa prática em lugares públicos, porque as pessoas levam isso como uma diversão e sentem-se expostos nessa prática. E8*

*Por influências externas, pelas ideias erradas que se passam por aí das dietas famosas que se fazem, tudo o que é mau absorve-se mais facilmente, e o facto dessas dietas (...) quando passa numa revista como nós vemos por aí não se come isto mas ninguém explica porquê, ninguém diz então em vez e comer isto o que é que vai comer, para substituir este alimento ou então este alimento come-se de que forma (...) E12*

As influências situacionais relacionadas com o ambiente são também referidas, pelos profissionais entrevistados, como determinantes para a adoção de estilos de vida saudáveis:

*Depois para os hábitos alimentares temos a pressão da publicidade, temos a organização dos hiper e supermercados que nos levam a consumir aquele tipo de coisas pouco saudáveis (...) E11*

*Eu acho que o meio externo influencia 90% os comportamentos, 10% é decisão do próprio. E12*

Na dimensão Resultado comportamental do Modelo de Promoção da Saúde (Pender et al., 2011) surgem ainda dois aspetos que podem comprometer a adoção de comportamentos promotores de saúde; as Exigências imediatas e as Preferências e que foram também referidos neste estudo. As Exigências imediatas são comportamentos sobre os quais as pessoas têm um baixo controlo como as responsabilidades com o trabalho ou família que dificultam a adesão das pessoas em idade ativa às intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis:

*(...) as pessoas [de meia-idade] estão ocupadas a fazer outras coisas, são pessoas em idade ativa, nós sabemos que há muito desemprego mas ainda há muita gente a trabalhar. E7*

*Em relação à participação das pessoas em idade adulta nós vemos que, da experiência que tenho atualmente, as pessoas não participam porque, se for um projeto de segunda a sexta-feira há a ocupação laboral que as pessoas têm e não lhes resta tempo para, as pessoas referem que não têm tempo (...) E9*

*Acho que o principal fator mesmo é as pessoas terem muitas ocupações, ou estão a trabalhar ou têm os netos para cuidar, ou têm o almoço ou o jantar para fazer, pronto há sempre aquelas desculpas que são aquelas que nós também arranjamos para não irmos caminhar ou para não ir fazer qualquer atividade física ou para não ir a coisas que no fundo deixamos para segundo plano (...) E10*

As Preferências já dependem da capacidade de autorregulação das pessoas e das suas opções pessoais e é referido pelos profissionais entrevistados que nem sempre a opção vai no sentido de aderirem a intervenções ou a comportamentos promotores da sua saúde:

*Não é falta de tempo para isso, porque as que participam a maioria trabalha, não sei se tem a ver com timidez ou calacice ... é mais fácil ir para o café e estar uma tarde com um café à frente do que participar, pois isso implica a pessoa ter que se mover, ter que se envolver (...) E1*

*(...) preferem ir a uma festa do que a uma sessão [de Promoção de estilos de vida saudáveis] porque aí é-lhes pedido para se envolverem, para pensarem, implica algum esforço e as pessoas não estão para isso, não têm paciência(...) E5*

### 1.3.2. Fatores relacionados com os profissionais

No que respeita aos fatores relacionados com os profissionais, aquele que foi mais destacado pelos profissionais entrevistados foi a sua motivação:

*No que diz respeito aos profissionais [de saúde], nós temos uma forte motivação para desenvolver estas atividades de promoção da saúde, que é de facto uma das áreas fortes das UCC, e isto diz respeito à grande maioria dos profissionais quer nós enfermeiros quer os outros que nós convidamos, porque parece que isto vai contagiando as pessoas (...) E3*

*(...) a motivação dos profissionais é muito importante. E8*

*Infelizmente estes trabalhos só quem tem muita força de vontade e que gosta de os fazer é que os faz (...) porque quem não gosta de fazer não faz. Isso não tenho a menor dúvida. E12*

É ainda, referido pelos profissionais entrevistados, que apesar de algumas circunstâncias situacionais poderem ser desmotivantes procuram manter-se motivados e continuar a desenvolver este tipo de trabalho:

*(...) [há desmotivação] de alguns profissionais, embora eu não coloque todas as pessoas no mesmo saco, porque eu acho que os profissionais mesmo mal pagos têm o bom senso de não prejudicar os utentes porque eles não têm culpa. E5*

*(...) agora estou um bocado naquela de não deixar o barco ir ao fundo porque nestas alturas onde há mudanças na nossa organização do trabalho (aumento do horário, esta instabilidade toda que não sabemos muito bem para que lado estamos a ir) temos tendência para estarmos um pouco desmotivados, mas em termos da nossa Equipa isso não está a acontecer e estamos a tentar levar as coisas para a frente e acreditando que tudo irá melhorar e que tudo aquilo que possamos fazer e contribuir é importante, embora às vezes hajam coisas que achamos que não conseguem avançar muito mas esse pouco será sempre alguma coisa no futuro, acho que se nota sempre alguma coisa. E10*

No que respeita à disponibilidade dos profissionais para o desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, esta está relacionada sobretudo com a escassez de tempo face às múltiplas tarefas que lhes são exigidas:

*(...) [os enfermeiros] não estão todos virados para a promoção da saúde, até podiam estar se não tivessem tão ocupados com outras coisas, como o tempo que se gasta a fazer registos, a por as cruzinhas e ver se não falta nada, se está nos sítios todos pois se falhar um aquilo já não está como deve ser, por isso não têm tempo. E1*

*(...) a promoção da saúde tem que ter pessoas ou equipas que só estejam dedicadas à promoção da saúde porque a filosofia, e falo dos enfermeiros agora, um enfermeiro ter de participar no planeamento dos projetos e participação e atividades de outros projetos e o facto de depois acrescer a isso outras atividades de âmbito individual, nomeadamente o tratamento a feridas, o acompanhamento de pessoas com determinadas necessidades e que o enfermeiro precisa de fazer a vigilância, portanto o enfermeiro ao espalhar a atenção diária para assuntos de âmbito comunitário e de âmbito individual acaba por retirar tempo à promoção da saúde. E9*

*A disponibilidade dos próprios profissionais, às vezes nós idealizamos os projetos e depois na prática chegamos à conclusão que não são exequíveis, pode ser disponibilidade de recursos e às vezes até disponibilidade horária porque nós estamos todos programados para trabalhar das 9 às 5, agora nas 9 às 6 horas porque é as 40 horas, e para trabalhar na comunidade não pode ser este o horário, esse horário é o que a comunidade está toda a trabalhar também (...) E13*

A disponibilidade para trabalhar em contexto comunitário ou na elaboração dos projetos fora do horário laboral, já latente na última fala, foi também evidenciada por outros profissionais:

*Também fizemos muitas noites eu [enfermeiro] e o professor (...) no carro dele, a fazer todo o trabalho com os pais, depois da 21 horas, fizemos aldeia a aldeia, escola a escola e tivemos sempre gente. E5*

*Os enfermeiros dão resposta quase imediata e levam para casa o trabalho que não conseguem fazer no seu horário de trabalho, foi assim que eu fiz a maior parte dos projetos que desenvolvi. Ninguém é obrigado a trabalhar fora do horário do serviço e se calhar somos nós enfermeiros que estamos errados mas a verdade é que a maior parte dos projetos são feitos na base da carolice de alguns profissionais, principalmente dos enfermeiros. E6*

Outro aspeto que é referido pelos profissionais entrevistados são as Dificuldades na intervenção comunitária que podem estar relacionadas com o facto de se privilegiar o cuidado individual e a prevenção da doença em detrimento de ações comunitárias de promoção da saúde:

*Isto tem a ver com o hospitalocentrismo do nosso sistema de saúde, tem a ver com o histórico da profissão [de enfermagem]. As pessoas continuam, mesmo nos Centros de Saúde, muito centradas na consulta individual e menos nas atividades de âmbito comunitário (...)* E9

*(...) a saúde comunitária é mais difícil pois é mais fácil trabalhar com uma pessoa do que com um grupo e podemos ter tendência para não investirmos (...)* E10

*(...) não estamos formatados para prevenções, estamos ainda formatados, nos CSP, para a cura e é isso que as pessoas vêm.* E12

Mas que também se pode dever a alguma ausência de experiência dos profissionais envolvidos:

*Neste momento estamos na fase de implementar as atividades, algumas delas já reconhecemos que fomos ambiciosos demais que não as conseguimos fazer porque temos vários constrangimentos com os quais não estávamos a contar mas isso é fruto da inexperiência que temos [no trabalho de intervenção comunitária].* E11

### 1.3.3. Fatores relacionados com as intervenções

Alguns dos profissionais entrevistados referiram também Fatores relacionados com intervenção, como aspetos que influenciam sobretudo a adesão às mesmas.

Para alguns dos profissionais entrevistados ainda que a adesão possa não ser a desejada é importante que os serviços (Municipais e de Saúde) continuem a oferecer atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis:

*Sim [é necessário continuar a existir oferta de atividades] porque há quem venha e que por vezes arrasta outros. É uma estratégia, até pelo seguinte, nós só temos a noção de afinal as pessoas não participam tão pouco assim quando saímos e temos conhecimento de outras realidades, que é o que tem acontecido comigo.* E2

*Tem que haver uma oferta maior logo inicialmente (...) é importante haver um cabaz inicial para mostrar às pessoas uma maior oferta e com materiais físicos para fazer as coisas porque assim as pessoas aderem de maneira diferente.* E8

O Tipo de intervenção é também referido como condicionante da adesão dos participantes, sendo evidenciado por alguns profissionais entrevistados que os rastreios é uma área onde há geralmente muita adesão dos participantes adultos:

*Dos rastreios as pessoas gostam, essa faixa etária – os adultos e os mais velhos – gostam muito, agora mudar comportamentos é complicado, é uma coisa subjetiva os outros são muito objetivos.* E12

### 1.3.4. Fatores relacionados com as organizações

Na subcategoria Fatores relacionados com as organizações, foi muito evidenciado, pelos profissionais entrevistados, a forma como alguns aspetos das políticas nacionais e municipais influenciam as intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis:

*Temos feito muito trabalho, anda-se para a frente e para trás porque a realidade é dinâmica e temos também as políticas, porque trabalhamos para a política social mas paralelamente temos as políticas que orientam o município, as instituições, a Segurança Social também depende das eleições como a CM, mas temos conseguido fazer um trabalho que faça com que a intervenção social dependa apenas das necessidades dos parceiros e que vamos identificando (...)* E4

*(...) eu antes achava que mesmo que mudassem as políticas nós na saúde estávamos cá e estávamos atentos mas agora já tenho dúvida, porque eu já vejo também nos profissionais de saúde comportamentos onde já não há um grande respeito pelos utentes e isto também tem a ver com*

*políticas, eu sei que as coisas têm custos e têm que ser controladas mas não pode ser à custa de quem não pode (...)* E5

*O principal [fator] são as políticas locais, por exemplo as mudanças consecutivas de partido político que está à frente da Câmara: mudam as pessoas, mudam as políticas e às vezes são pessoas de fora que não se envolvem muito, não investem muito.* E6

*(...) temos uma política de saúde que não está muito virada para a promoção da saúde, a política nacional não está muito virada para esta área, temos bons documentos mas na prática não são implementados (...)* E11

*(...) as mudanças na saúde das comunidades não dependem só da ação dos profissionais de saúde, muitas das vezes dependem mais das intervenções dos políticos que estão a representar os órgãos dessas comunidades, as Câmaras Municipais e as Juntas de Freguesia do que das instituições de saúde.* E11

No que respeita ao Apoio organizacional à implementação das intervenções este é evidenciado pelos profissionais entrevistados pela sua ausência, que se traduz em aspetos como a carência de recursos para a prática de promoção da saúde:

*Levámos quase meio ano a montar isto pelas condições, pelos recursos que são escassos para a população e serviços que temos.* E5

*Outro impedimento é a falta de enfermeiros disponíveis, (...) se tivéssemos uma UCC seria completamente diferente (...)* E6

*Tenho a noção de que existe falta de pessoas ali [na UCC] e que se houvesse mais uma ou duas pessoas, acho que as coisas poderiam correr melhor, poderia aliviar todos para outras coisas.* E12

Ou ainda pela ausência de reforço por parte dos responsáveis das organizações aos profissionais e instituições que se destacam através de boas práticas de promoção da saúde:

*(...) o nosso centro de saúde é considerado ‘mais saudável’, como temos bons indicadores geralmente vêm-nos sempre roubar a nós algumas coisas para dar a outros centros de saúde com piores resultados...é assim que funciona (...)* E1

*(...) acho que devemos premiar as pessoas que se dedicam e que vão além do normal mas isso não acontece, não tenho a intenção de ser favorecido, mas se há pessoas que são mais ativas e proactivas devia ser reconhecido (...) porque não haver incentivos para as pessoas que a título individual tentem fazer um trabalho diferente, nem que seja em termos de horas para se dedicarem mais, há pessoas que nós sabemos quem são que sempre fizeram mais, que sempre se dedicaram a outras atividades (...)* E8

No entanto alguns dos profissionais entrevistados referiram sentir-se apoiados pelas organizações a que pertencem no desenvolvimento das intervenções planeadas:

*Eu até à data tudo o que tenho sonhado tenho conseguido colocar em prática, tudo o que vou imaginando tenho tido esta bênção porque me é dito tenta fazer, se arranjares recursos põe-nos em cima da mesa e avança (...) É esta a sensação que eu tenho e isto para um técnico acho que não há nada melhor ... tipo o céu é o limite. É aquilo que tu acreditares que é o melhor tenta fazer, tenho tido essa abertura e isso dá-me muita motivação e apetece-me sonhar e sempre que penso em alguma coisa nos últimos tempos as coisas concretizam-se.* E4

*(...) agora (...) sinto-me mais apoiada em todos os aspetos, apesar das circunstâncias todas sinto-me melhor (...) mesmo na equipa em si, porque somos mais e estamos organizadas apesar da UCC não ter avançado a equipa ficou organizada, antes era praticamente eu sozinha e acabava por não conseguir fazer grande coisa, acabava por me perder e por ficar muito limitada à saúde escolar e era impossível estar em todos os sítios (...)* E10

*(...) se tivermos superiores hierárquicos motivados e interessados em apostar naquilo que lhes propomos, temos todo o apoio e vamos em frente, portanto aí é logo uma mais-valia e temos o exemplo deste projeto da “Lancheira Sorriso em Movimento” em que temos sido muito bem acompanhados ao nível da equipa regional é mais fácil e conseguimos (...)* E12

As Alterações organizacionais ligadas à reforma dos CSP foram também referidas por alguns dos profissionais entrevistados como trazendo mais-valias para o trabalho de intervenção comunitária de promoção de estilos de vida saudáveis, como é visível na fala seguinte:

*O facto de termos neste momento UCC, o facto de termos agora na ULSBA, na Unidade de Saúde Pública, pessoas a tempo inteiro só para olhar para estas intervenções de âmbito comunitário acaba por ajudar a consciencializar os vários profissionais que é importante acompanhar os vários projetos ao longo do tempo. E9*

Mas são também evidenciados alguns aspetos menos positivos:

*O grande problema que nós sentimos é que temos as duas Unidade Funcionais [no Centro de Saúde] e parece que há aqui uma separação, mas não é uma separação porque elas são complementares e isto é que de facto falha muito, esta ligação entre as Unidades é difícil, estamos cada um no seu canto a trabalhar números e não pensamos que a população é a mesma e que só tem a ganhar com isso. E3*

*(...) com estas Unidades formadas internamente acabou por separar os serviços ainda mais (...) eu noto uma diferença significativa desde quando cá entrei até agora (...) há coisas que se deixaram de fazer ao nível de projetos e atividades com as escolas, deixámos de fazer. E12*

Nesta subcategoria, a Participação de estudantes de enfermagem (durante os ensinamentos clínicos ou estágios) no planeamento e implementação de intervenções foi também considerado um importante contributo pelos profissionais entrevistados:

*(...) há atividades de grupo que vamos planeando, aproveitamos também o facto de termos alunos no ensino clínico ou estágio de enfermagem, para planearmos coisas naquelas áreas que achamos que são importantes (...) E8*

*(...) nestes projetos nós muitas vezes aproveitamos os estágios dos alunos de enfermagem, porque muitas vezes o dia-a-dia e as coisas que temos de fazer não nos permite sentar e pensar nas coisas e planejar e estruturar os projetos de uma forma mais efetiva. Por isso é que também é bom quando temos alunos e aproveitamos o facto de eles terem que fazer um projeto para depois ficarmos com esse planeamento. E10*

### 1.4. AMBIENTE FACILITADOR DE ESCOLHAS SAUDÁVEIS

Para capacitar os indivíduos para adotar e manter estilos de vida saudáveis, as ações devem ser direcionadas não só para os indivíduos mas também para as condições sociais e económicas e os ambientes que influenciam a saúde. Nesse sentido um dos principais objetivos das políticas públicas saudáveis é a criação de ambientes favoráveis à saúde, que tornem as escolhas saudáveis mais fáceis para os cidadãos (OMS, 1998).

Nesta categoria, que sintetiza a informação relativa à perceção dos profissionais entrevistados sobre se o ambiente envolvente é favorecedor da adoção de comportamentos saudáveis, emergiram três subcategorias: Ambiente promotor de atividade física; Ambiente promotor da alimentação saudável; e Barreiras no acesso a escolhas saudáveis (Tabela 12).



**Tabela 12 - Subcategorias, indicadores e unidades de enumeração relativos à Categoria: Ambiente facilitador de escolhas saudáveis**

Subcategorias	Indicadores	Unidades de Enumeração
<b>Ambiente promotor da atividade física</b>	Existência de condições para a prática de atividade física	25
	Oferta cultural, recreativa e desportiva	13
<b>Ambiente promotor da alimentação saudável</b>	Acesso a alimentos saudáveis	10
	Existência de intervenções promotoras de alimentação saudável	5
	Existência de nutricionistas nos CSP	2
<b>Barreiras no acesso a escolhas saudáveis</b>	Barreiras na alimentação saudável	8
	Barreiras na atividade física	5
	Barreiras no acesso aos cuidados de saúde	2

#### 1.4.1. Ambiente promotor da atividade física

A Atividade física foi um dos determinantes comportamentais que mereceu destaque pelos entrevistados na sua análise sobre se o ambiente envolvente é favorecedor da adoção de comportamentos saudáveis. Os benefícios físicos e psicológicos deste determinante comportamental ao nível da promoção da saúde e da prevenção da doença estão bem documentados (Conn et al., 2003; Easom, 2003; Nuñez et al., 2003; Drennan et al., 2005; Hooker et al., 2005; Davim et al., 2010; Park et al., 2011).

O ambiente promotor da atividade física pressupõe que existam nas comunidades condições para essa prática o que implica a existência de oferta de um leque de atividades para diferentes públicos-alvo bem como infraestruturas apropriadas. Os municípios são reconhecidos, pelos profissionais entrevistados, como tendo um papel determinante na criação do ambiente promotor da atividade física através de um grande investimento em recursos humanos qualificados, espaços adequados e equipamentos:

*(...) a autarquia está aberta e disponível para proporcionar essas coisas e para colaborar em tudo, por exemplo agora com o karaté é uma coisa particular, os miúdos pagam 20 € por mês mas é a autarquia que dá o espaço e toda a logística e não tem nenhum lucro mas como foi proposto houve uma aceitação imediata e criação das condições e se for necessário fornece as deslocações das crianças para algum evento, é como com o futebol. A CM dá todo o suporte logístico para essas atividades. E1*

*(...) há infraestruturas de base de apoio a todas as atividades desportivas, quer na sede de concelho quer nas outras freguesias onde tem havido uma grande aposta da autarquia. E2*

*(...) a política [das autarquias locais] tem sido de promover, mais espaços públicos, mais espaços ao ar livre com acessibilidades para praticar atividade física, quase todas as freguesias têm vindo a adquirir aparelhos de ginástica (...) E4*

*O facto de a autarquia ter criado essas condições foi um imenso ganho em saúde, aí é que se pode talvez avaliar ganhos em saúde. Cada vez mais concelhos estão a ter estas condições e isso vai diminuindo o sedentarismo. Aqui temos [na sede de concelho] e também em algumas freguesias, têm feito por todo o concelho. E7*

*Penso que as autarquias locais têm-se preocupado com isso, têm feito um grande investimento para criar infraestruturas que possibilitem que as pessoas tenham atividade física. E11*

Relativamente ao tipo de atividade física, destaca-se que, quando têm que optar por uma atividade física as pessoas mais velhas optam geralmente pela caminhada, porque é a atividade mais facilmente acessível sendo percebida como natural, enquanto as outras formas de exercício

podem ser percebidas como trabalho ou esforço, que de alguma forma excede as suas capacidades sendo por isso evitadas (Conn et al., 2003; Easom, 2003), por essa razão e tendo em conta que estamos perante comunidades com uma grande percentagem de pessoas idosas, não é de estranhar a evidência que os profissionais entrevistados colocam na existência de pedovias e no seu uso por pessoas de todas as idades:

*Em relação à atividade física há melhores condições e as pessoas também aderem (...) [na] pedovia, vemos pessoas diariamente a praticar atividade física (...) E3*

*(...) podemos dizer que temos uma pedovia e ciclovias ao pé da mata, um espaço muito agradável... eu acho que as ciclovias e pedovias devem ser para todos (...) E9*

*(...) uma grande mais-valia que foi um grande avanço em termos da promoção da atividade física foi a construção da pedovia com os aparelhos de ginástica, notou-se que a partir desse momento começou a existir um grande aumento da atividade física em pessoas de todas as idades, cada um faz o seu horário e por isso durante todo o dia se vêem pessoas a caminhar, uns vão de manhã, outros depois do almoço ou à tardinha, ou depois do jantar. E7*

É também reconhecido pelos profissionais entrevistados a existência de Oferta cultural, recreativa e desportiva que favorece um estilo de vida mais ativo:

*Em termos de atividade física quem quiser ter uma vida saudável há uma grande oferta e acessível em termos de custo (...) E1*

*(...) eu acho que há de tudo para todos, desde os mais pequeninos aos mais velhos há muita oferta na área da atividade física. E4*

*Depois temos a oferta de piscina: natação e hidroginástica, temos a parte de aeróbica e outras modalidades gratuitas e ainda transporte para ir buscar as pessoas para a piscina (...) E7*

*Este concelho também uma grande oferta cultural, recreativa e desportiva. E7*

É, no entanto, referido que esta oferta nem sempre é aproveitada:

*Há um grupo que está mais atento e aproveita o que existe mas é um grupo minoritário. Há muita oferta, há recursos suficientes para as pessoas fazerem escolhas saudáveis mas não são aproveitados, há bastante oferta ao nível dos desportos, ao nível de atividades culturais mas não são bem aproveitados. E6*

### 1.4.2. Ambiente promotor da alimentação saudável

O acesso a alimentos saudáveis foi o aspeto mais mencionado relativamente na subcategoria Ambiente promotor da alimentação saudável:

*Também há acesso a alimentos frescos sobretudo [na sede de concelho], nas freguesias há menos acesso a certos alimentos como peixe fresco, mas regra geral as pessoas têm hortas e quintais e ainda cultivam algumas coisas e depois também há as mercearias. E7*

*Em relação ao acesso a alimentos, há carrinhas de venda ambulante que distribuem os alimentos pelos montes tipo mercearia, pão e também o peixe, em relação à carne as pessoas ou têm produção própria e matam por exemplo a galinha, ou vêm comprar à vila ou, no caso dos mais velhotes que não têm tanta facilidade em se deslocarem, encomendam a vizinhos ou a familiares. E10*

Foram ainda mencionadas a existência de projetos de intervenção visando promover uma alimentação saudável e a existência de nutricionistas nos CSP:

*(...) alguns projetos de saúde comunitária também trabalham esses aspetos, por exemplo (...) a existência de hortas. E4*

*(...) é ainda de referir todos os projetos que têm sido desenvolvidos e todo o investimento que tem sido feito em relação à educação e à promoção de hábitos alimentares saudáveis (...) E14*



*No que diz respeito à alimentação eu acho que tem tido um grande impacto o facto de termos um grupo de nutricionistas nos CSP (...) E14*

### 1.4.3. Barreiras no acesso a escolhas saudáveis

No que respeita às Barreiras no acesso a escolhas saudáveis foram evidenciadas pelos profissionais entrevistados Barreiras ao nível do acesso à atividade física que podem estar ligadas às condições para essa prática ou a algumas lacunas de oferta de atividades específicas para algum grupo etário:

*(...) eu acho que a cidade em si não é convidativa, e isto é uma crítica à obra que foi feita da variante e ao lado a ciclovia/pedovia que é o espaço onde passam mais carros na cidade, é esse o sítio onde vamos pôr as pessoas a andar, até em termos de segurança rodoviária me levanta dúvidas, mas pronto é a minha opinião, em termos de ar poluído também penso que deva ser das zonas mais poluídas da cidade, devido ao monóxido de carbono e outros produtos da combustão dos carros que fazem mal à saúde (...) E9*

*(...) temos uma lacuna que é a existência de atividades para meninas na pré-adolescência principalmente porque para rapazes há muitas atividades, há muita falta e são essas meninas que estão a ficar com as obesidades. Há essa lacuna... ou são muito pequenas para determinadas atividades com os adultos ou já muito crescidas para outras atividades de crianças, portanto há essa lacuna. E12*

Foram também assinaladas Barreiras na adoção de uma alimentação saudável sendo os hábitos alimentares característicos da região Alentejo um dos mais referidos:

*E depois há outra coisa, nós ensinamos, eu ensino na consulta sobre alimentação mas depois quando voltam continuam a dizer que gostam tanto do queijinho e dos enchidos, são os hábitos arraigados que são muito difíceis de mudar porque são culturais e é muito difícil de pôr de parte. É uma população que não é muito recetiva à mudança, é muito resistente à mudança. E1*

*(...) temos os hábitos que fomos adquirindo ao longo dos anos e que são extremamente difíceis de mudar (...) E11*

As Barreiras no acesso aos cuidados de saúde também mereceram referência por dois dos profissionais entrevistados, como é exemplo a fala seguinte:

*(... ) certas localidades não têm uma equipa de saúde e as pessoas têm que se deslocar para recorrerem e isso das acessibilidades também é muito condicionante (... ) o acesso aos cuidados de saúde também influencia. E8*

### 1.5. PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Procurando dar resposta a um dos objetivos deste estudo questionámos os profissionais entrevistados sobre qual é, na sua perspetiva, o papel dos Enfermeiros no desenvolvimento das atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis. A informação obtida encontra-se sintetizada nesta categoria, onde emergiram três subcategorias: Papel do Enfermeiro na interação com as pessoas, famílias e comunidades; Papel do Enfermeiro na interação com os outros profissionais; e Papel do Enfermeiro na liderança de projetos e equipas (Tabela 13).

**Tabela 13 - Subcategorias, indicadores e unidades de enumeração relativos à Categoria: Papel do Enfermeiro na Promoção de estilos de vida saudáveis**

Subcategorias	Indicadores	Unidades de Enumeração
<b>Papel do Enfermeiro na interação com as pessoas, famílias e comunidade</b>	Proximidade dos utentes, famílias e comunidade	19
	Conhecimento dos utentes, famílias e comunidade	8
	Capacitador para a adoção de estilos de vida saudáveis	4
<b>Papel do Enfermeiro na interação com os outros profissionais</b>	Elo de ligação com os outros profissionais	7
	Elemento essencial no seio das equipas multiprofissionais	6
<b>Papel do Enfermeiro na liderança</b>	Liderança de intervenções	9
	Liderança de equipas	5

#### 1.5.1. Papel do Enfermeiro na interação com as pessoas, famílias e comunidades

A promoção da saúde dos indivíduos é um aspeto essencial do cuidar (Sanders, 2006). Neste estudo, o Papel do Enfermeiro na interação com as pessoas, famílias e comunidades evidencia-se através de três aspetos essenciais: Conhecimento do utente, família e comunidade; Proximidade do utente, família e comunidade; e o papel dos enfermeiros como Capacitadores para a adoção de estilos de vida saudáveis, sendo os dois primeiros aqueles que merecem maior destaque por parte dos profissionais entrevistados.

Estes aspetos relativos ao papel do enfermeiro estão em consonância com três dos cinco processos de cuidar propostos pela teoria de médio alcance desenvolvida por Swanson (1991) que destacamos a negrito: **conhecer**, **estar com**, fazer por, **possibilitar** e manter a crença.

É reconhecido pelos profissionais entrevistados que os enfermeiros são quem melhor conhece os utentes, as famílias e as comunidades como é visível nos relatos que se seguem:

*(...) o enfermeiro é um elo, é uma alavanca, é um elemento de confiança, é conciliador, conhece bem as pessoas e a comunidade, o enfermeiro arranja sempre estratégias para chegar até, para tocar com coisas simples porque conhece as histórias das pessoas, [nós, enfermeiros] temos um conhecimento dos desejos, das trajetórias, das partes boas e das partes más da vida das pessoas. E5*

*(...) quem conhece as famílias, quem conhece as ligações entre as pessoas são os enfermeiros portanto o papel dos enfermeiros é fundamental. E13*

*(...) o enfermeiro conhece melhor as famílias e meio em que a pessoa vive e isso é meio caminho andado para conseguir perceber o que é que falta, o que falha e o que pode influenciar naquela família, naquele utente ou naquela comunidade. E14*

O estar com, manifesto numa relação de proximidade com o utente, família e comunidade é evidenciado nos seguintes relatos:

*Vejo cada vez mais os enfermeiros como um recurso importantíssimo (...) não só quem motiva a população mas também a quem compete, porque está mais próximo da população, inovar e propor. E4*

*(...) sempre que vai [a intervenções de promoção da saúde] um de nós [enfermeiros] nunca temos casa vazia, e as pessoas reconhecem-nos e chamam-nos para dar a nossa opinião e nós colocamo-nos no papel de parceiros (...) E5*

*(...) as pessoas reconhecem-me como o enfermeiro da terra, há uma maior proximidade às pessoas, principalmente a enfermagem tem uma proximidade muito grande e a área da saúde é muito bem aceite para projetos seja para o que for, isso facilita muito. E8*

*O enfermeiro é aquela pessoa que chega primeiro à comunidade, é o elo mais forte com a comunidade (...) E12*

*(...) o papel do enfermeiro é chave em todo este processo, porque o enfermeiro é sempre quem está mais próximo do utente, é quem passa com ele mais tempo quer nas consultas quer na comunidade, nos projetos na comunidade. E14*

O capacitar ou o possibilitar que as pessoas adquiram um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde (Nutbeam, 1998) é também um dos importantes aspetos relacionados com o papel dos enfermeiros (Sanders, 2006). Este papel capacitador é visível nos relatos que se seguem:

*(...) temos aqui enfermeiros que fazem um trabalho cinco estrelas na promoção de estilos de vida saudáveis em contexto de promoção da saúde ou de prevenção das doenças (...) aqui nas consultas de enfermagem, até na parte psicológica, seja no que for, e estão altamente preparados para dar orientação a esse nível. E1*

*(...) [o papel dos enfermeiros] tem de ir no sentido de ajudar as pessoas a perceberem quais são os caminhos, facilitar e ajudar as pessoas a tomar as suas decisões, incentivando sempre a adoção desses comportamentos, mostrando as partes positivas (...) E10*

*O enfermeiro é sempre quem está numa posição mais facilitadora para conseguir chegar às pessoas, para conseguir capacitar (...) perceber o que está a faltar para que aquela informação chegue à pessoa, ou para que essa informação leve a pessoa a aderir àquele estilo de vida. E14*

### 1.5.2. Papel do Enfermeiro na Interação com os outros profissionais

Neste estudo, no papel dos enfermeiros na interação com os outros profissionais é evidenciado sobretudo o facto de ser o elo de ligação com os outros profissionais, facilitando a interdisciplinaridade como é visível no relato seguinte:

*(...) o enfermeiro é um elemento chave entre as pessoas, a comunidade, os médicos, as instituições, mesmo a autarquia, eu noto que eles reconhecem o valor do enfermeiro como um perito noutro nível, e isso é um mérito dos profissionais pois temos feito por isso. E5*

*[o enfermeiro] É o elo mais forte. É o elemento dinamizador e agregador dos projetos. E6*

*Depois para além de trabalharmos em parcerias e de sermos os profissionais mais habilitados para isso, [nós, enfermeiros] temos mais capacidade de lidarmos com todos os outros (...) E10*

*O enfermeiro é também o elo de articulação com os outros profissionais de saúde e com os parceiros da comunidade, devido à sua posição privilegiada de maior proximidade com o utente e com a comunidade cabe ao enfermeiro fazer a articulação com todos os outros profissionais: psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas ou médicos. Portanto cabe ao enfermeiro, sempre, este papel de articular com os outros técnicos. E14*

Sendo, o enfermeiro, também considerado como um elemento essencial no seio das equipas multiprofissionais:

*O papel dos enfermeiros é essencial, aliás para mim (...) os enfermeiros tiveram sempre um papel essencial. Eu sempre fui a favor do trabalho de equipa, seja em que área for para se ter uma boa promoção da saúde o trabalho em equipa é básico e isso é super evidente. E1*

*(...) [os outros técnicos] muitas vezes param à espera do enfermeiro ter disponibilidade, ficam em banho-maria, e mesmo que se diga para avançar, preferem esperar, às vezes até em casos em que a intervenção imediata é importante como são os casos da Intervenção Precoce ou da CPCJ. Há reconhecimento pelos outros do papel fundamental do enfermeiro nestas áreas. E6*

### 1.5.3. Papel do Enfermeiro na liderança

Os enfermeiros devido à sua perícia ao nível biopsicossocial e ao frequente e continuado contacto com os clientes, têm uma oportunidade única de liderar os profissionais de saúde na promoção de uma melhor saúde para a comunidade global (Pender et al., 2011). O Papel de liderança dos enfermeiros manifesta-se, neste estudo, através da liderança de intervenções e de equipas de intervenção comunitária.

A Liderança de intervenções por parte dos enfermeiros é assumida como natural face ao facto de historicamente, nesta sub-região, os enfermeiros terem tido sempre o papel de vanguarda na promoção de estilos de vida saudáveis, o que é visível nos relatos que se seguem:

*Os enfermeiros é que são o pivô da promoção da saúde. Falo concretamente pela minha realidade, aqui têm sido os enfermeiros, desde sempre, a trabalharem esta área. Há uns anos atrás ainda tínhamos um ou dois médicos a intervirem nesta área ao nível da saúde escolar mas agora não temos nenhum, claro que também temos agora outros profissionais (...) Mas são os enfermeiros que lideram esses projetos. E7*

*(...) existe uma liderança dos enfermeiros na maior parte dos projetos, não posso dizer em todos porque há de facto outros profissionais a liderar também esses projetos mas eu vejo que o enfermeiro tem um peso muito grande na liderança desses projetos. E9*

*(...) para mim o enfermeiro é o comandante do barco não há outro técnico. E12*

Estas equipas podem ser multiprofissionais, como é o caso das equipas das UCC, e a liderança dos enfermeiros é aceite e reconhecido por todos os membros, como é manifestado nos relatos que se seguem:

*(...) a UCC é gerida por enfermeiros e os nossos parceiros gostam que sejamos nós a desenvolver essas atividades. E3*

*(...) agora há uns 3 a 5 anos para cá com o nascimento das UCC(s) eu sinto que há (...) uma receptividade maior das pessoas porque há um trabalho diferente, eu acho que o trabalho de todos é importante, mas vejo que sim, que os enfermeiros têm um papel fundamental no sucesso desta mensagem. E9*

*Eu penso que essa área da promoção dos estilos de vida saudáveis deveria sempre ser gerida por enfermeiros e até é, porque são os enfermeiros que coordenam as UCC e são elas que são responsáveis pela saúde comunitária, ao fim ao cabo há um reconhecimento do papel dos enfermeiros nesta área. E11*

### 1.6. SÍNTESE DOS ACHADOS E DISCUSSÃO

Os dados revelam que o **principal contexto comunitário** onde se desenvolvem as intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis são as **Escolas** e que a maioria das intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis, no Baixo Alentejo, surgem **por iniciativa dos profissionais do Centro de Saúde**, tendo também os **municípios** um papel ativo nesse domínio. Estes dados evidenciam a tradicional parceria entre Escolas e Centros de Saúde já referida por Loureiro, Gomes e Santos (2011), que salientam que o papel dos municípios na área da saúde tem sido residual, no entanto o alargamento das suas competências ao nível da educação, tornou possível um maior investimento na promoção da saúde das comunidades, aspeto que é reforçado pelos achados do nosso estudo.

As intervenções cujo contexto são as Escolas do Primeiro Ciclo do EB, encontram-se geralmente integradas no Programa Nacional de Saúde Escolar, sendo que muitas das intervenções (quer as promovidas pelo setor da saúde quer pelos municípios) têm como foco um investimento precoce na promoção da alimentação saudável como é amplamente recomendado (George, 2014).

Quando o contexto das intervenções é o **Centro de Saúde**, a promoção de estilos de vida saudáveis surge como parte integrante das **consultas de vigilância de saúde ou de situações crónicas**, o que é sobreponível com os resultados de um estudo realizado na Escócia, onde os enfermeiros comunitários entrevistados referiram colocar a ênfase do seu trabalho nos programas prioritários de saúde – geralmente ligadas às patologias mais prevalentes (Runciman et al., 2006).

Nas intervenções promovidas pelos **municípios** tem um lugar de destaque a **promoção da atividade física**, atividades que requerem um grande investimento em recursos humanos, infraestruturas e equipamentos adequados, sendo reconhecido pelos profissionais entrevistados que a existência de condições que favorecem a prática da atividade física é, na atualidade, uma realidade em todos os concelhos do Baixo Alentejo.

Uma grande parte das intervenções de promoção da saúde **desenvolvidas pelos municípios têm como público-alvo as crianças e os idosos**, com algum destaque para estes últimos. Resultados similares foram encontrados por Bárrios e Fernandes (2014) que ressaltam que o envelhecimento demográfico, a complexidade e a natureza multidisciplinar da saúde levam a que, cada vez mais, os municípios tenham intervenções na área da promoção da saúde e prevenção da doença junto das populações. A promoção de estilos de vida saudáveis, onde se inclui a prática de atividade física, é uma condição essencial para retardar os declínios funcionais próprios do processo de envelhecimento (Bárrios & Fernandes, 2014). Também o relatório PROCAPS evidenciava que os grupos-alvo prioritários das iniciativas de promoção da saúde, referenciados pelos municípios, eram as crianças e jovens (1º lugar) e as pessoas idosas (2º lugar) e a comunidade em geral (3º lugar) (Loureiro et al., 2011).

Foram referidos pelos entrevistados, aspetos ligados à **continuidade das intervenções** de promoção de estilos de vida saudáveis, com especial relevância para as que são integradas no Programa Nacional de Saúde Escolar, promovidas pelos CSP e dirigidas a crianças e jovens no contexto escolar. Foi criticado o carácter pontual e sem continuidade de algumas intervenções e valorizadas aquelas que apresentam alguma continuidade. Corroborando a valorização da continuidade das intervenções expressa pelos entrevistados, Lopes et al. (2015) reforçam que as intervenções nos determinantes da saúde devem ter um rumo e uma visão estratégica, assentes num compromisso de médio ou longo prazo, pois as ações de curto prazo podem levar a uma rápida mas inadequada implementação de medidas.

As intervenções com **orientação salutogénica**, visando a manutenção da saúde positiva e do bem-estar, iniciam-se precocemente no âmbito da Saúde Escolar e das consultas de vigilância de Saúde Materna e Saúde Infanto-juvenil e estende-se até idades mais tardias através dos projetos desenvolvidos em contexto comunitário nas denominadas Academias Sénior, Academias da Saúde

ou Clubes da Saúde, onde são desenvolvidos diferentes tipos de atividade que favorecem a literacia e a interação social, promovendo a manutenção da saúde e do bem-estar.

Foi, no entanto, relatado um elevado número de **intervenções que se centram nos processos patogénicos, doença ou risco** e que são principalmente dirigidas à idade adulta e sobretudo aos mais idosos. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes Mellitus é onde se inserem a maioria dessas intervenções, sendo também relatadas intervenções dirigidas a outras patologias ou grupos de risco. Resultados similares são assinalados por Runciman et al. (2006) que enfatizam que o trabalho de promoção da saúde com as pessoas mais velhas tem frequentemente uma abordagem individual e oportunística de prevenção da doença. É de reforçar que as intervenções preventivas podem atingir populações que estão de boa saúde, assim como as intervenções de promoção da saúde podem dirigir-se a pessoas com doença crónica e que *“although health promotion and disease prevention originate from different theoretical backgrounds, in clinical nursing practice, the interventions tend to overlap”* (Wosinski, Cordier, Bachmann, Gagnon & Kiszio 2016, p. 2). Importa ainda referir que a adoção de estratégias de promoção saúde ao longo do processo de envelhecimento, que adotem as duas abordagens: de prevenção da doença e de promoção da saúde, numa perspetiva mais positiva, sem que nenhuma delas seja predominante têm maior possibilidade de ser mais efetivas (Nuñez et al., 2003; Drennan et al., 2005; Runciman et al., 2006; Davim et al., 2010; Park et al., 2011).

No que respeita aos mais jovens as intervenções de prevenção da doença dirigem-se sobretudo à prevenção da Obesidade, problema de saúde que tem merecido enorme destaque nos últimos anos face à sua elevada prevalência ao nível internacional, nacional e também nesta sub-região. Estas intervenções vão ao encontro de uma das prioridades do PNS 2020 relativa ao controlo da incidência e prevalência do excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar (Ministério da Saúde, 2015).

Foi descrito, um conjunto interessante de **parcerias interprofissionais e intersectoriais**, iniciadas principalmente pelas equipas dos CSP. Os municípios e outras organizações comunitárias também procuram o setor de saúde como um parceiro preferencial para as intervenções de promoção da saúde. Estes achados sugerem que os profissionais estão conscientes de que as intervenções desenvolvidas em parceria podem alcançar resultados de saúde de uma forma mais eficaz, eficiente e sustentável, do que aqueles que podem ser obtidos quando um sector trabalha sozinho (Nutbeam, 1998). Resultados similares foram encontrados por Runciman et al. (2006) que destacam o importante papel que os enfermeiros, que trabalham na comunidade, têm no desenvolvimento destas parcerias, que surgem como uma estratégia política mas também como uma resposta pragmática por parte dos enfermeiros para compartilhar o trabalho que tem de ser feito. A Ordem dos Enfermeiros salienta que a Enfermagem de CSP, pela natureza dos cuidados que presta, reconhece a importância da conjugação dos esforços dos diferentes grupos profissionais e instituições para a concretização do potencial máximo de saúde das pessoas, privilegiando o trabalho em equipa e em parceria (OE, 2015). É no entanto, importante referir que

estas parcerias devem considerar os utentes e as comunidades como um membro ativo no planeamento, implementação e avaliação das intervenções de promoção da saúde (Manthorpe et al., 2004; Runciman et al., 2006; Guedes et al., 2012) e essa parece ser a perspetiva dos profissionais entrevistados, que valorizam a importância do envolvimento de todos os parceiros em todas as fases do planeamento da intervenção, no entanto, esta perspetiva nem sempre é colocada em prática.

É ainda de salientar que estas parcerias, sobretudo no que respeita aos municípios, estão geralmente integradas num **trabalho em rede**, área onde os municípios têm grande experiência, sendo por isso considerada um dos seus pontos fortes (Loureiro et al., 2013).

Apesar das mais-valias evidenciadas pelos profissionais entrevistados são também referidas algumas **dificuldades no trabalho em parceria**, tendo sido dado algum destaque às dificuldades de articulação com as Escolas. Os profissionais de saúde também referem que nem sempre é fácil a articulação com as autarquias locais. Também no estudo PROCAPS, na análise SWOT realizada pelos profissionais dos municípios, as dificuldades em desenvolver parcerias com os Centros de Saúde tinham sido consideradas como um ponto fraco pelas autarquias envolvidas (Loureiro et al., 2013), no entanto, no questionário posterior a maioria das autarquias envolvidas afirmou ter uma boa articulação com o setor da saúde (Loureiro et al., 2011).

Merece destaque a referência ao trabalho desenvolvido no seio da ULSBA, nomeadamente o **desenvolvimento de projetos de promoção de estilos de vida saudáveis de forma integrada** por várias unidades dos CSP, numa perspetiva sinérgica e de rentabilização de recursos, sendo ainda referidos projetos de integração entre os CSP e os cuidados hospitalares, indo ao encontro de uma das razões que consubstancia a criação da ULSBA (Decreto-Lei n.º 183/2008) mas que não tem uma expressão tão significativa quanto seria desejável.

Os resultados deste estudo, relativamente à **participação dos cidadãos no planeamento, implementação e avaliação de intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis**, evidenciam que os profissionais estão conscientes da importância de uma participação ativa e procuram promovê-la através do envolvimento das pessoas e grupos da comunidade no planeamento e desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, o que é consistente com as recomendações da OMS: *“health promotion activities may be participatory, involving all those with a vested interest in the initiative; interdisciplinary, by involving a variety of disciplinary perspectives; integrated into all stages of the development and implementation of a health promotion initiative; and help build the capacity of individuals, communities, organizations and governments to address important health problems”* (Nutbeam, 1998, p. 22). Esta perspetiva dos profissionais entrevistados é corroborada por Rifkin (2016) que refere existir crescente evidência de que, para ter intervenções mais efetivas, as comunidades e os cidadãos necessitam de ter mais do que informação, necessitam de ser envolvidos nas decisões acerca da implementação das intervenções. Importará então encontrar estratégias efetivas para tornar essa participação real.



A **identificação e envolvimento dos líderes da comunidade** no processo de planeamento das intervenções é uma das estratégias referidas pelos entrevistados para promover a participação ativa dos cidadãos, esta estratégia havia já sido referida por Davim et al. (2006) como fundamental para o incremento da participação ativa dos cidadãos. O papel de destaque que é dado pelos entrevistados ao **estabelecimento de uma parceria entre os profissionais e os participantes**, durante o processo de planeamento e execução das intervenções programadas, vai ao encontro do que é considerado essencial por diversos autores (Nuñez et al., 2003; Davim et al., 2006; Ming et al., 2006; Runciman et al., 2006), no entanto são relatadas **dificuldades na participação ativa dos cidadãos**, onde alguns entrevistados referem uma **ausência de cultura de participação**, considerando que as pessoas continuam a deixar decisões importantes relativas à sua saúde na mão dos profissionais de saúde. O que está em consonância com alguma passividade da população portuguesa nas suas relações com os profissionais de saúde e com o sistema de saúde, referida no Relatório ‘Um futuro para a saúde - todos temos um papel a desempenhar’ (Crisp et al., 2014). Aspeto que não parece ser exclusivo da população portuguesa uma vez que, também num estudo realizado em Espanha, as dificuldades na participação ativa dos cidadãos foi reconhecida como uma ameaça para a intervenção comunitária (Adella, Ruab, Solerc, Alvareza & Farga, 2016).

Importa ainda salientar que os serviços de saúde sozinhos jamais conseguirão criar uma ampla e autossustentável participação comunitária, uma vez que as pessoas e comunidades têm outras prioridades na sua vida quotidiana e que não será realista definir e seguir modelos-padrão de participação comunitária, nos projetos e programas de saúde, uma vez que estes irão colidir com aspetos históricos e culturais fortemente arraigados nas comunidades, sendo muito importante que a participação ativa dos cidadãos seja vista como um processo e se estenda a outros aspetos da vida comunitária numa perspetiva integradora de desenvolvimento comunitário (Rifkin, 2009). *“Programmes that mobilize communities around health issues alone, have proved to have short lives”* (Rifkin, 2009, p. 33).

Há ainda que ter em conta o paradoxo da participação, que em vez de fomentar a diminuição das desigualdades em saúde pode contribuir para o seu aumento, dando voz às pessoas mais escolarizadas e integradas socialmente, em detrimento de grupos socialmente vulneráveis, com competências de literacia baixas (e.g., idosos, imigrantes, pessoas com problemas de saúde mental) e tendencialmente menos participativos, sendo necessário encontrar formas de envolver esses cidadãos e fomentar a sua participação nos processos de decisão e na sociedade num sentido mais amplo (Serapioni & Matos, 2013). Apesar de não haver muita evidência científica que ligue diretamente a participação comunitária a melhores resultados de saúde (Rifkin, 2009), esta é cada vez mais reconhecida como fundamental para melhorar e manter as intervenções que trazem contribuições significativas para melhorias na saúde (Rifkin, 2014), particularmente nos grupos mais vulneráveis (Rifkin, 2009). Nesse sentido, é recomendado que se empreendam iniciativas práticas específicas, que empoderem os cidadãos e comecem a mudar os aspetos



culturais que atuam como barreiras a uma maior participação nas decisões que dizem respeito à sua saúde (Crisp et al., 2014).

Neste estudo foram também relatadas **dificuldades inerentes aos próprios profissionais**, que assumem frequentemente o papel principal na programação e execução das intervenções sem conseguirem envolver os cidadãos. Sendo a saúde, uma das áreas onde as principais decisões a tomar são fundamentadas no conhecimento-perito, é por isso uma área tradicionalmente mais hermética à participação dos cidadãos, o que justifica de algum modo as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde e pelos cidadãos, sendo importante que os cidadãos queiram ser envolvidos ou expressar-se sobre questões de planeamento e organização dos cuidados de saúde, ou seja, a participação deve depender da vontade dos cidadãos e não de uma obrigação estipulada previamente (Serapioni & Matos, 2013). Parece ainda ser evidente, que muitas das dificuldades, na área da promoção da saúde, decorrem do facto dos profissionais de saúde continuarem a ter uma formação e uma prática centrada no modelo biomédico que, sendo essencial para a prevenção e controlo das doenças, traz limitações quando dirigido para a promoção da saúde (OMS, 2008b). Nesse modelo biomédico, a participação dos cidadãos é vista como a sua mobilização para responder às informações que lhes são fornecidas pelos profissionais de saúde e não como o seu envolvimento ativo na tomada de decisão (Bathia & Rifkin, 2013), sendo os profissionais-peritos que assumem o papel principal cabendo aos cidadãos um papel passivo. Embora não direccionados diretamente para a promoção de estilos de vida saudáveis gostaríamos de referir que estudos sobre a importância do empoderamento dos doentes com vista à sua maior participação no processo de cuidados referem alguns impedimentos por parte dos profissionais de saúde, como o tempo limitado que dispõem para estar com cada doente, algum receio de que os doentes possam tornar-se mais exigentes quando mais empoderados (Coulter, 2012) e ainda o facto de os profissionais terem tendência para presumir as preferências dos doentes em vez de os questionarem (Coulter & Ellins, 2006; Fischer & Ereaut, 2012).

Os achados deste estudo evidenciam a importância de que **as intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis sejam eficazes, gerando ganhos em saúde**. Porque são intervenções que atuam no determinante estilo de vida, através da promoção de estilos de vida saudáveis e/ou tornando os ambientes mais favoráveis à sua adoção, a sua eficácia será traduzida em resultados intermédios de saúde (Nutbeam, 1999). Para avaliar a eficácia das intervenções os profissionais procuram recorrer a **indicadores objetivos**, mas dado que nem sempre é fácil encontrar medidas fiáveis e válidas (Nutbeam, 1999) são relatadas algumas dificuldades sendo, por vezes, adotada uma **avaliação subjetiva**, baseada na perceção que os profissionais têm relativamente à melhoria na saúde e nos estilos de vida após as intervenções. Também no estudo PROCAPS, a falta de indicadores relacionados com a saúde e a falta de instrumentos para medir o nível de saúde tinham sido consideradas como um ponto fraco pelas autarquias envolvidas (Loureiro et al., 2013). Outro aspeto evidenciado pelos entrevistados diz respeito à **dificuldade em demonstrar resultados**, a curto prazo, em promoção da saúde, aspeto que também tinha sido evidenciado pelo

estudo PROCAPS (Loureiro et al., 2013). Parece-nos crucial a resolução deste aspeto pois a avaliação das intervenções assume uma enorme importância permitindo modificar ou adaptar o seu planeamento ou as estratégias adotadas, podendo até influenciar as políticas de promoção da saúde e de redução das desigualdades que lhe estão subjacentes (Lopes et al., 2015).

Para **incrementar a eficácia das intervenções** são referidas algumas estratégias onde merece destaque um **adequado planeamento em saúde** que parte da avaliação: das necessidades de saúde, das características da comunidade ou grupo, das oportunidades e dos recursos; devendo este ser realizado com a participação ativa da comunidade, aspetos que vão de encontro ao referido por diversos autores (Nuñez et al., 2003; Manthorpe et al., 2004; Ming et al., 2006; Runciman et al., 2006; Pender et al., 2011; Bárrios & Fernandes, 2014). A **avaliação das necessidades de saúde prévias à intervenção** vem ao encontro ao preconizado pelo PNS 2012-2016 para o incremento da acessibilidade aos cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2012b). Mas, como oportunamente referimos, não basta que os profissionais de saúde desenvolvam as intervenções adequadas às necessidades por si identificadas, pois o acesso aos cuidados também depende de aspetos ligados aos cidadãos como, por exemplo, a capacidade de perceber essa necessidade (que está dependente da literacia em saúde, das crenças, da confiança e das expectativas dos cidadãos), de procurar os cuidados adequados (ligada a aspetos como a cultura, o género e a autonomia) e de se envolver nos mesmos (Levesque, Harris & Russell, 2013). Esta perspetiva responsabiliza os cidadãos sem, no entanto, descurar o papel dos profissionais de saúde e do Estado, uma vez que alguns dos determinantes da procura são simultaneamente determinantes da saúde (OPSS, 2015).

Outra estratégia que é considerada essencial pelos entrevistados é a **capacitação e a responsabilização das pessoas pela sua saúde**, indo ao encontro ao preconizado pela OMS, reforçado em diversas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde estando esta estratégia fortemente ligada à anterior, pois a participação ativa pressupõe cidadãos capacitados, que expressam as suas opiniões e os seu saber experiencial por forma a tornar mais adequadas as intervenções (Serapioni & Matos, 2013). O **início precoce das intervenções** de promoção de estilos de vida saudáveis é também um aspeto considerado estratégico e vai de encontro ao preconizado ao nível internacional (e. g., WHO, 2003; WHO, 2005c; WHO, 2005d; WHO, 2009d; CDSS, 2010; Marmot, 2014) e nacional (e. g., Matos, Carvalhosa & Dinis, 2002; DGS, 2006b; George, 2014, DGS, 2015b), sendo amplamente reconhecido que uma infância e idade adulta saudáveis são importantes determinantes de um envelhecimento saudável (Hartman-Stein & Potkanowicz, 2003; Nuñez et al., 2003; Sanders, 2006; Oxley, 2009; Marmot, 2014).

No que respeita aos **fatores que influenciam o desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis**, os achados revelam que estes podem estar relacionados com os participantes, com os profissionais, com a intervenção ou com as organizações.

Os **fatores relacionados com os participantes** são aqueles que merecem maior destaque nos nossos achados. Consideramos importante voltar a assinalar que estes achados estão em

consonância com os diferentes aspetos que o Modelo de Promoção da Saúde (Pender et al., 2011) considera como percursos da adoção de um comportamento promotor de saúde, como já tivemos oportunidade de referir na análise efetuada.

Dentro dos **fatores biológicos**, a **idade** é considerada como o principal fator que influencia o desenvolvimento de intervenções, sendo referido uma maior facilidade na participação de crianças e de idosos e a existência de dificuldades na participação por parte das pessoas de meia-idade bem como de outros adultos em idade ativa. Também os estudos portugueses que encontrámos relativamente à promoção da saúde em geral ou à promoção de estilos de vida saudáveis em particular se direcionam sobretudo a jovens (e. g., Carvalho, 2007; Belo, 2012; Andrade, 2014; Caldeira, 2015) e a pessoas idosas (e. g., Almeida, 2009; Bárrios, 2011).

Evidencia-se a existência de uma lacuna ao nível de intervenções direcionadas para a população em idade ativa. Esta é uma lacuna importante na promoção de estilos de vida saudáveis uma vez que as intervenções na idade adulta e sobretudo nas pessoas de meia-idade são consideradas cruciais, pois é uma etapa de vida onde são tomadas importantes decisões que irão ter um importante impacto em idade mais avançada vida (Grossbaum & Bates, 2002; Fagulha, 2005; Papalia et al., 2006), pelo que apoio profissional e informações para auxiliar a tomada de decisão podem ser úteis (Manthorpe et al., 2004). É também na meia-idade que frequentemente surgem doenças crónicas ou outros problemas de saúde (Lachman, 2004) sendo vista como uma fase fundamental para se atuar ao nível da prevenção das doenças crónicas, pois a redução dos fatores de risco nessa etapa de vida, atuará não só ao nível da prevenção mas também tornará o tratamento das doenças crónicas mais eficaz, com a consequente redução na mortalidade (Darnton-Hill et al., 2004). A dificuldade de aceder a participantes de meia-idade porque estão muito ocupados com a sua vida profissional e familiar já tinha sido evidenciado como uma das razões de as pessoas de meia-idade serem pouco investigadas (Lachman, 2004).

No que respeita ao **género**, o outro fator biológico relacionado com os participantes, destacado pelos entrevistados, os homens surgem como menos participantes nas intervenções, achado que vem ao encontro do que é referido na literatura sendo considerado que o género é um dos fatores a considerar quando falamos de comportamentos de saúde, pois as motivações para participar na promoção da saúde são diferentes para homens e mulheres (OMS, 2007). Existe evidência de que a frequência e a intensidade do desempenho de comportamentos saudáveis são mais elevadas em mulheres do que em homens (Papalia et al., 2006; Zhang et al., 2011). Geralmente as mulheres sabem mais do que os homens sobre saúde, pensam e fazem mais pela prevenção de doenças, tendo uma maior consciência dos sintomas partilhando mais as suas preocupações de saúde (Papalia et al., 2006). Sabemos também que as mulheres têm uma maior esperança de vida e menores taxas de mortalidade em todas as idades, mas declaram mais sintomas psicológicos e requerem mais consultas médicas e tratamentos do que os homens (Manthorpe et al., 2004; Sawatzky & Naimark, 2005; Papalia et al., 2006; Ozaki et al., 2007; OMS, 2007; Bartali et al., 2008; Zhang et al., 2011). Os homens, em contraste, ficam mais tempo

hospitalizados, e os seus problemas de saúde tendem a ameaçar a vida, alguns autores relacionam esta situação com facto de os homens esperarem mais tempo para recorrer a cuidados de saúde (Papalia et al., 2006).

Há ainda que destacar que as mulheres são as principais promotoras da saúde em todo o mundo, embora muito do seu trabalho seja feito sem pagamento, por uma remuneração mínima ou sejam alvo de discriminação em muitas áreas, não conseguindo por isso desenvolver ao máximo o seu potencial na construção de ambientes saudáveis (OMS, 1986; OMS, 1991). Grupos e organizações de mulheres são modelos para o processo de organização, planeamento e implementação do componente de promoção da saúde, havendo necessidade de reconhecimento e utilização das capacidades e saberes das mulheres, em todos os setores – incluindo os de responsabilidade política e os relacionados com a economia – de modo a desenvolver uma infraestrutura mais positiva de suporte aos ambientes favoráveis (OMS, 1986; OMS, 1991).

A motivação e as conceções de saúde-doença dos participantes foram os **fatores pessoais psicológicos** referidos pelos profissionais entrevistados. A motivação é considerada em diversos estudos como determinante para a adoção de comportamentos promotores de saúde, como por exemplo o incremento da atividade física (Sherwood & Jeffery, 2000; Easom, 2003). As conceções de saúde, ou a forma como as pessoas definem a saúde, são consideradas importantes preditores da adesão a comportamentos de promoção da saúde (Haddad, Kane, Rajacich, Cameron & Al-Ma'aitah, 2004). Sendo reforçado que, muitas vezes, perante as inúmeras prioridades que as pessoas adultas têm, a saúde só passa a ser considerada uma prioridade quando ficam doentes (Rifkin, 2009).

Quanto aos **fatores pessoais socioculturais**, as questões culturais, as questões económicas e o nível educacional foram os aspetos que mereceram referência dos profissionais entrevistados.

Como já vimos anteriormente as **questões económicas** (frequentemente relacionadas com o nível educacional) influenciam de forma dramática a saúde das pessoas e os seus comportamentos de saúde (Bicudo, 2009; Loureiro & Miranda, 2010; Pender et al., 2011) e também a procura de cuidados de saúde (Loureiro & Miranda, 2010). Não se podendo afirmar que haja uma relação direta entre a saúde o **nível educacional** em todas as situações, pois nem sempre ser detentor de conhecimento é sinónimo da adoção de estilos de vida saudáveis (Loureiro & Miranda, 2010) é no entanto reconhecido que o nível educacional influencia de forma determinante a escolha dos comportamentos a adotar porque *“uma habilidade individual para obter, processar e compreender informação é essencial para ser um consumidor informado que pode tomar decisões apropriadas de autocuidado, saúde e bem-estar”* (Pender et al., 2011, p. 267) mas também porque competências de literacia limitadas têm sido associadas a comportamentos de saúde negativos (e. g., as pessoas de nível de escolaridade mais baixo são as que mais fumam, consomem mais bebidas alcoólicas, praticam menos atividade física, consomem mais substâncias ilícitas, usam menos o cinto de segurança) e a menor disponibilidade e acesso a rastreios e serviços de saúde preventivos (e. g., vacinas contra a gripe, testes de Papanicolau, mamografias,

colonoscopias) bem como a menor adesão à terapêutica para o controlo de doenças crónicas e em consequência a piores níveis de saúde e maior mortalidade (Loureiro & Miranda, 2010; Pender et al., 2011; Crisp et al., 2014).

Com vimos, no Modelo de Promoção da Saúde (Pender et al., 2011), as Cognições e sentimentos sobre o comportamento específico são aspetos considerados de grande importância motivacional podendo ser modificados através de intervenções de enfermagem. Neste estudo, a este nível, surgiram os seguintes aspetos: Benefícios percebidos da ação, Barreiras percebidas para a ação, Sentimentos em relação ao comportamento, Influências interpessoais e Influências situacionais. Os profissionais reconhecem a importância dos participantes conhecerem os **Benefícios dos comportamentos de saúde** e empenham-se para aumentar a capacitação e a adesão dos participantes às intervenções. Reconhecem ainda que esses benefícios são muitas vezes percebidos a partir de experiências de doença do próprio ou em alguém próximo, que vêm reforçar a importância da adoção de estilos de vida saudáveis. De facto, de acordo com Pender et al. (2011), as experiências de doença podem dificultar ou facilitar a busca contínua de saúde de cada indivíduo e influenciar os seus comportamentos de saúde, sendo de realçar que a saúde pode continuar a ser uma aspiração para os portadores de doença crónica, podendo ser alcançada apesar de ser diagnosticada uma doença.

O tempo necessário para se instituir um hábito saudável, a disponibilidade temporal para participar e até o clima adverso podem, de acordo com os profissionais entrevistados, constituir **Barreiras percebidas para a ação**. No que respeita aos **Sentimentos em relação ao comportamento** é referido algum desgaste e cansaço relativamente à manutenção da participação em intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis.

No que toca às **influências interpessoais**, neste estudo, os profissionais entrevistados referem o **apoio social dado pelos pares**, sobretudo em atividades de grupo que contribuem para aumentar o compromisso e a adoção de estilos de vida saudáveis. Resultados similares são evidenciados na literatura, sendo referido que a realização de atividade física em grupo contribui para aumentar a satisfação e incrementar a atividade física (Hooker et al., 2005). No entanto é também evidenciado o contributo negativo que os pares ou que a família ou até mesmo outras influências externas podem dar, diminuindo o compromisso e a adoção de estilos de vida saudáveis. Os profissionais de saúde são outra importante fonte de influências interpessoais sobretudo na mobilização das pessoas para adotarem estilos de vida saudáveis.

As **influências situacionais** relacionadas com o ambiente são também referidas pelos profissionais entrevistados como determinantes para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Como aspetos que podem comprometer a adoção de estilos de vida saudáveis surgem as **Exigências imediatas**, como as responsabilidades com o trabalho ou com a família, que dificultam a adesão das pessoas em idade ativa às intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis. No que respeita às **Preferências** é referido que nem sempre a opção individual vai no sentido de aderirem a intervenções ou a comportamentos promotores da saúde.

Quanto aos **fatores relacionados com os profissionais** destaca-se a sua **motivação** para desenvolver atividades de promoção da saúde, a sua **disponibilidade** e algumas **dificuldades na intervenção comunitária**. Estes dois primeiros fatores estão relacionados, pois profissionais de saúde motivados ultrapassam barreiras e estão disponíveis para trabalhar até fora do seu horário laboral, como foi reforçado pelos nossos achados. No entanto é referida alguma **escassez de tempo** para intervenções de promoção da saúde face às múltiplas tarefas que lhes são exigidas. São ainda referidas outras dificuldades na intervenção comunitária, que por um lado podem estar relacionadas com o facto de se privilegiar o individual e a prevenção da doença em detrimento de ações comunitárias de promoção da saúde, mas que também se podem dever a alguma ausência de experiência nessa área, dos profissionais envolvidos. Estes achados podem significar que os profissionais e em particular os enfermeiros quando se encontram mais ocupados com outras tarefas podem não ver a promoção da saúde como uma prioridade, enquanto outros podem ter lacunas ao nível do conhecimento ou das habilidades necessárias para colocar em práticas estratégias apropriadas, podendo ainda significar que existe falta de suporte organizacional e de incentivos para a promoção da saúde (Sanders, 2006; Runciman et al., 2006; Rifkin, 2009). Em consonância com os nossos achados, no já referido estudo de Adella et al. (2016), a maioria dos profissionais entrevistados assinalou o envolvimento dos profissionais e a sua motivação como pontos fortes para o desenvolvimento de atividades comunitárias, referindo como pontos fracos, a pressão do trabalho assistencial e a acumulação das tarefas dos profissionais.

Os **fatores relacionados com a intervenção** dizem respeito sobretudo ao **tipo de intervenções** que são realizadas e à **oferta de atividades e projetos**, aspetos que vão também influenciar a adesão dos participantes.

No que respeita aos **fatores relacionados com as organizações**, as **influências políticas**, o **apoio organizacional à implementação de intervenções**, as **alterações organizacionais ligadas à reforma dos CSP** e a **participação dos estudantes de enfermagem** no planeamento e implementação de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis foram os mais evidenciados. O investimento político na promoção da saúde é uma estratégia para otimizar o impacto das políticas públicas na promoção da saúde (Nutbeam, 1998) e nesse sentido os profissionais entrevistados valorizam a existência de políticas nacionais e locais consistentes com as premissas da Promoção da Saúde. A carência de recursos para a prática de promoção da saúde evidencia a inexistência de um efetivo apoio organizacional à implementação de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, no entanto alguns dos profissionais entrevistados manifestaram sentir um claro suporte a essa prática pelas organizações a que pertencem. As alterações organizacionais ligadas à reforma dos CSP foram também referidas por alguns dos profissionais entrevistados como trazendo mais-valias para o trabalho de intervenção comunitária de promoção de estilos de vida saudáveis, no entanto também foram evidenciados aspetos menos positivos, como a falta de ligação entre as diferentes unidades funcionais que compõem os centros de saúde na atualidade. A participação de estudantes de enfermagem (durante os ensinamentos clínicos

ou estágios) no planeamento e implementação de intervenções foi também considerado como sendo um importante contributo.

O **ambiente** onde as pessoas vivem é considerado pelos entrevistados como sendo **facilitador de escolhas saudáveis** sobretudo ao nível da promoção da atividade física e da alimentação saudável, sendo no entanto, referidas **algumas barreiras no acesso a escolhas saudáveis**. No que respeita ao ambiente promotor da atividade física este pressupõe a existência de condições ao nível das comunidades para essa prática, quer ao nível da oferta de um leque de atividades para diferentes públicos-alvo quer ao nível da existência de infraestruturas apropriadas. A criação dessas condições requer um grande investimento em recursos humanos qualificados, espaços adequados e equipamentos e nesse particular os municípios são reconhecidos, pelos profissionais entrevistados, como tendo um papel determinante na criação do ambiente promotor da atividade física. Resultados idênticos foram encontrados na análise de programas de intervenção autárquica promotores de envelhecimento ativo, realizada em três concelhos do interior da região centro de Portugal: Guarda, Covilhã e Castelo Branco sendo realçada a importância destes programas dirigidos às pessoas idosas onde um aumento, ainda que ligeiro, da atividade física promove o bem-estar e autonomia, contribuindo para a participação destes cidadãos (Bárrios & Fernandes, 2014).

No que respeita ao ambiente promotor da alimentação saudável, o acesso a alimentos saudáveis foi o aspeto mais mencionado, sendo ainda realçados a existência de projetos de intervenção visando promover uma alimentação saudável e a existência de nutricionistas nos CSP.

No que respeita às Barreiras no acesso a escolhas saudáveis foram evidenciadas pelos profissionais entrevistados: Barreiras ao nível do acesso à atividade física - que podem estar ligadas às condições para essa prática ou a algumas lacunas de oferta de atividades específicas para algum grupo etário; Barreiras na adoção de uma alimentação saudável sendo os hábitos alimentares característicos da região Alentejo um dos mais referidos; e também Barreiras no acesso aos cuidados de saúde.

É reconhecido, na literatura, o papel de destaque dos enfermeiros comunitários na prestação de cuidados essenciais em geral e em particular na promoção da saúde, sendo referido que se encontram na posição ideal para abrir caminho a uma prática efetiva de promoção da saúde centrada nas necessidades das pessoas (Whitehead, 2000; Runciman et al., 2006; Laws et al., 2008; Ward & Verinder, 2008; Laws et al., 2010; Pender et al., 2011; Benton, 2012; Kempainen, Tossavainen & Turunen, 2013), sendo referido que os enfermeiros tornam as intervenções de promoção da saúde mais acessíveis para os utentes e famílias da comunidade (Laws et al., 2010). Também neste estudo o papel dos enfermeiros surge evidenciado pelos entrevistados, que reconhecem que **os enfermeiros desempenham um papel chave no desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis**.

Sendo que a *“Enfermagem é uma profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de*



*cuidado*” (Serrano, Costa & Costa, 2011, p. 16), neste estudo é dado destaque a três aspetos do papel dos enfermeiros: Na interação com as pessoas, famílias e comunidades; Na interação com os outros profissionais; e Na liderança (de intervenções e de equipas de intervenção comunitária).

No que respeita ao **papel dos enfermeiros na interação com as pessoas, famílias e comunidades** é destacado o conhecimento e a proximidade do enfermeiro relativamente aos utentes, famílias e comunidades bem como a intervenção dos enfermeiros na capacitação para a adoção de estilos de vida saudáveis. Como já tivemos oportunidade de destacar na análise destas subcategorias, estes aspetos estão em consonância com três dos cinco processos de cuidar propostos pela teoria de médio alcance desenvolvida por Swanson (1991): conhecer; estar com e possibilitar. O conhecimento ou o **conhecer** o utente, família e comunidade traduz-se no reconhecimento, pelos profissionais entrevistados, de que os enfermeiros têm um lugar privilegiado no seio das equipas multidisciplinares e em particular no contexto comunitário, tendo múltiplas oportunidades de conhecer, de forma mais profunda do que os outros profissionais, os utentes e as famílias, os seus estilos de vida, os seus recursos e os recursos das comunidades e para procurar informação centrada nas pessoas, evitando ideias preconcebidas (Correia et al., 2001). Isso dá aos enfermeiros um conhecimento mais amplo sobre as necessidades de saúde, uma compreensão de como os fatores ambientais afetam a saúde das pessoas, das famílias e das comunidades e também da forma como as pessoas respondem às diferentes estratégias (Benton, 2012). Sendo inclusive de assinalar que a formação dos enfermeiros lhes permite adquirir uma visão holística sobre a saúde e bem-estar das pessoas que deve ser tida em conta no processo de planeamento e prestação de cuidados (McEvoy & Duffy, 2008).

A proximidade ou o **estar com** o utente, família e comunidade são inerentes à prática dos cuidados de enfermagem, por um lado porque as intervenções realizadas pelos enfermeiros exigem o estabelecimento de uma relação de maior proximidade e intimidade, e por outro lado porque são os profissionais que mantêm um contacto mais próximo e frequente com as pessoas, famílias e comunidades (Kemppainen et al., 2013). Esta disponibilidade para acolher o outro como pessoa faz parte da dimensão ética do ser enfermeiro (Zoboli & Schweitzer, 2013). Neste estar com, os enfermeiros acompanham os indivíduos e famílias, através de uma parceria, em presença plena, congruente e empática, na partilha de sentimentos e experiências (Correia et al., 2001) e ajudam a interpretar as necessidades e expectativas das pessoas em relação aos cuidados de saúde (Benton, 2012), aspetos que foram evidenciados pelos achados deste estudo.

O **possibilitar** está em consonância com o capacitar as pessoas para que adquiram um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde: uma das importantes premissas da promoção da saúde (OMS, 1986; OMS, 1997; Nutbeam, 1998). Os enfermeiros têm um importante papel ao nível da capacitação para a adoção de estilos de vida saudáveis (Sanders, 2006) aspeto que foi evidenciado neste estudo pelos profissionais entrevistados. Na comunidade, os enfermeiros possibilitam a autonomia, criam oportunidades, reforçam capacidades, respeitam as decisões e os ritmos de aprendizagem, fomentam, a partir da célula familiar, a reprodução e herança de modelos comportamentais e experiências de saúde individuais, num processo de



crescimento e desenvolvimento (Correia et al., 2001). Esta capacitação significa trabalhar em parceria com as pessoas e os grupos para obter o seu empoderamento, através da mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais e apoiando o acesso aos processos políticos que configuram as políticas públicas que afetam a saúde, a fim de promover e proteger a sua saúde (Nutbeam, 1998).

O conhecimento e a proximidade com os utentes, família e comunidade vão também influenciar o desenvolvimento do papel dos enfermeiros na interação com os outros profissionais, onde os enfermeiros são identificados como coordenadores do atendimento e elementos chave na comunicação interdisciplinar pelo seu conhecimento local da comunidade (Neves, 2012) e desempenham um importante papel de colaboração com os outros profissionais comunitários (Dick, Clarke, Van Zyl & Daniels, 2007) o que está em consonância com os achados deste estudo, onde os enfermeiros são considerados elementos essenciais no seio das equipas multiprofissionais atuando como elos de ligação entre os outros profissionais, facilitando a interdisciplinaridade e também a articulação com a comunidade, aspetos que também foram evidenciados numa revisão sistemática da literatura publicada por Neves, Queirós e Gaspar (2014).

No papel de liderança, os enfermeiros surgem como líderes de intervenções e de equipas de intervenção comunitária. Como já tivemos oportunidade de referir, o distrito de Beja foi pioneiro na organização do trabalho dos CSP em equipas multiprofissionais e nesse âmbito os enfermeiros sempre tiveram um papel de vanguarda na promoção de estilos de vida saudáveis quer em contexto comunitário, quer nas consultas de vigilância, sendo assim considerada pelos profissionais de saúde entrevistados como natural a liderança das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis por parte dos enfermeiros. Esta liderança é reforçada por aspetos já evidenciados anteriormente relativamente à proximidade e contacto frequente com as pessoas, famílias e comunidades, que lhes dá também uma oportunidade única de liderar os profissionais de saúde na promoção de uma melhor saúde para a comunidade global (Pender et al., 2011). Esta liderança de equipas multiprofissionais de intervenção comunitária é reforçada pela legislação atual que determina que a coordenação das UCC seja da responsabilidade de um enfermeiro especialista (Despacho nº 10143/2009 de 16 de Abril), liderança que de acordo com os entrevistados parece ser bem aceite por todos os profissionais. Em muitos países os enfermeiros são líderes de equipas de saúde multiprofissionais e interdisciplinares, garantindo cuidados de alta qualidade em diferentes contextos socioeconómicos, políticos e culturais (Ventura et al., 2015). Com base nos seus conhecimentos científicos, aptidões práticas e capacidade de liderança, os enfermeiros poderão assumir um papel ainda mais amplo e mais proeminente enquanto líderes transformadores ou agentes de mudança, liderando equipas que introduzem melhorias na saúde das pessoas, família e comunidades, através da cooperação com os todos os sectores comunitários e da governação (Ferguson, 2013; Crisp et al., 2014; Ventura et al., 2015).

## 2. ESTILOS DE VIDA DAS PESSOAS DE MEIA-IDADE

Neste capítulo, partimos da análise descritiva para a análise inferencial, onde estudámos as relações da variável dependente: estilo de vida promotor de saúde com os fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais), as influências interpessoais, a autoeficácia percebida e também com os comportamentos de risco (consumo de álcool e consumo de tabaco). Quer a análise descritiva quer a inferencial têm por base o Modelo de Análise, previamente apresentado.

A apresentação dos resultados relativos aos questionários realizados às pessoas de meia-idade residentes no Baixo Alentejo e inscritas numa das unidades funcionais do ACESBA, está assim organizada segundo os ramos da análise estatística descritiva e inferencial (Martins, 2011), tendo sido realizada com recurso ao programa estatístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 21.

Para tomar decisões relativamente ao tipo de testes a utilizar na análise inferencial, foram realizados testes de normalidade às variáveis quantitativas através da aplicação do Teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors (K-S) e verificou-se que não existia normalidade (Tabela 14).

**Tabela 14 - Teste de Normalidade das variáveis quantitativas: Teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors**

Variáveis	Média	Desvio Padrão	K-S	p
Idade	54,04	5,80	.102	.00
IMC	26,68	4,11	.096	.00
AUDIT C	2,14	2,29	.206	.00
Autoeficácia	2,96	0,71	.148	.00
Estilo de Vida Promotor de Saúde (escala total - HPLP II)	2,43	0,40	.076	.00
Subescala Responsabilidade em Saúde	2,30	0,51	.111	.00
Subescala Atividade Física	1,90	0,64	.094	.00
Subescala Nutrição	2,66	0,49	.088	.00
Subescala Relações Interpessoais	2,61	0,51	.084	.00
Subescala Crescimento Espiritual	2,79	0,48	.102	.00
Subescala Gestão do Stress	2,23	0,46	.116	.00

Tendo em conta o tamanho da amostra realizámos também o Teste de Levene para testar a homogeneidade das variâncias populacionais (Pestana & Gageiro, 2003), sendo que a mesma não se verificava. Assim, não se verificando os pressupostos necessários para uso de Testes paramétricos, na análise estatística inferencial foram usados Testes não paramétricos (Pestana & Gageiro, 2003; Marôco, 2011).

### 2.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Com base no Modelo de análise, já anteriormente apresentado, agrupámos os resultados relativos à análise estatística descritiva que se apresentam nos pontos seguintes.

### 2.1.1. Fatores pessoais biológicos

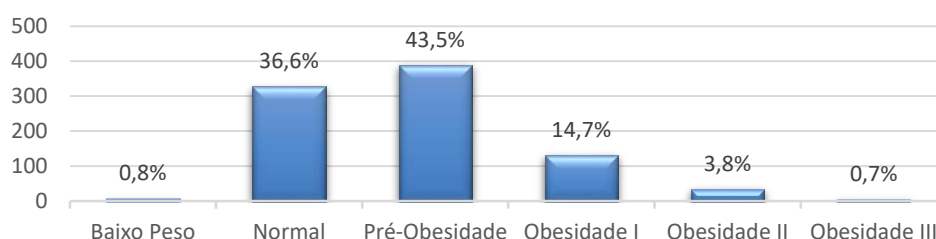
Neste ponto apresentamos a análise descritiva relativa aos **fatores pessoais biológicos** (Género, Idade, IMC e Existência de doença crónica) que podemos ver sintetizada na Tabela 16.

No que respeita ao **Género**, a amostra é constituída por 894 indivíduos de meia-idade (45-64 anos) dos quais 485 são mulheres (54,3% da amostra) e 409 são homens (45,7%).

Conforme predefinido, as **idades** estão compreendidas entre os 45 e os 64 anos, com uma média de idade de 54 anos e um desvio padrão de 5,8 anos.

Relativamente ao **Índice de Massa Corporal [IMC]**, este varia entre 17,2 Kg/m<sup>2</sup> e 45,2 Kg/m<sup>2</sup>, com um IMC médio de 26,7 Kg/m<sup>2</sup> e um desvio padrão de 4,1 Kg/m<sup>2</sup>. Quando distribuímos o IMC pelas classes definidas pela OMS (Gráfico 2) verificamos que, no peso classificado como normal encontram-se 36,6% das pessoas de meia-idade, sendo a pré-obesidade a categoria mais prevalente (43,5%). Com baixo peso temos apenas 0,8% (n=7) das pessoas inquiridas, o que significa que a maioria (62,7%) se encontra acima do peso recomendado pela OMS, ou seja apresenta pré-obesidade (43,5%) ou obesidade (19,2%). Das pessoas com obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m<sup>2</sup>) a maioria encontra-se na primeira categoria: obesidade I (14,7%), seguida da obesidade II (3,8%) e por último surge a categoria obesidade III (0,7%, n=6).

**Gráfico 2 - Distribuição da amostra por classe de IMC**



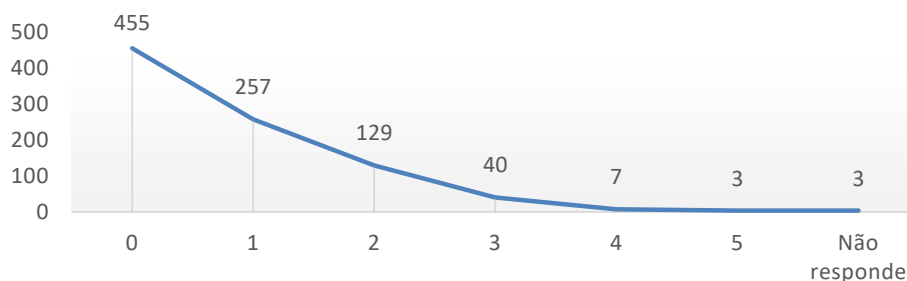
Ao cruzarmos a variável Classe de IMC com a variável Género (Tabela 15) verificamos que a classe mais prevalente em ambos os géneros é a pré-obesidade com 41,2% das mulheres e 46,2% dos homens nessa categoria, seguida da classe peso normal com 37,9% das mulheres e 35% dos homens. As diferenças mais assinaláveis dentro de cada género dizem respeito às duas classes extremas, pois a classe baixo peso é totalmente composta por mulheres que também se encontram em maioria na classe de obesidade III. É ainda se assinalar que o peso acima do recomendado é mais prevalente nos homens (65% dos homens têm pré-obesidade ou obesidade contra 60,5% das mulheres).

**Tabela 15 - Cruzamento da variável Classe de IMC com a variável Género**

		Classe de IMC						Total
		Baixo Peso	Normal	Pré Obesidade	Obesidade I	Obesidade II	Obesidade III	
Género	Feminino	7 1,4%	184 37,9%	200 41,2%	71 14,6%	18 3,7%	5 1,0%	485 54,3%
	Masculino	0 0%	143 35,0%	189 46,2%	60 14,7%	16 3,9%	1 0,2%	409 45,7%
	Total	7 0,8%	327 36,6%	389 43,5%	131 14,7%	34 3,8%	6 0,7%	894 100%

Relativamente à variável **Existência de doença crónica** é de assinalar que quase metade dos inquiridos (49,1%) declaram ter pelo menos uma doença crónica, sendo cinco o número máximo de doenças crónicas relatadas por três respondentes (Gráfico 3). De referir que também três respondentes referiram ter doença crónica mas não quantas ou quais.

**Gráfico 3 - Distribuição da amostra por número de doenças crónicas relatadas**



Outra forma de procuramos saber mais sobre esta questão foi através da variável **Consumo habitual de medicamentos** e verificámos que a maioria dos respondentes (53,2%) consome habitualmente medicamentos. Quando inquiridos sobre a razão desse consumo a maioria (43,4%) refere que é devido a doença(s) crónica(s). A dor (3,1%), a depressão (2,2%) e a ansiedade (2,1%) são as outras razões inumeradas com maior prevalência, treze respondentes (1,5%) não referiram a razão desse consumo – Gráfico 4.

**Gráfico 4 - Distribuição da amostra pela razão do consumo habitual de medicamentos**



Quanto ao **tipo de doença crónica** mais frequente na amostra estudada, 29,6% declararam ter uma doença cérebro-cardiovascular, sendo a HTA a mais frequente (23,5%) como patologia isolada ou com outras co-morbilidades, havendo cinco pessoas que referem já ter sofrido um AVC. Um dos fatores de risco cardiovascular também referido é a dislipidémia (7,5%). A diabetes é a doença crónica que surge em segundo lugar sendo referida por 96 respondentes (10,7%), surgindo principalmente como co-morbilidade com outras patologias, com principal relevância para as pessoas que referem ter diabetes e HTA (6,6%). Outro grupo que se destaca são os problemas músculo-esqueléticos com 9,1% dos respondentes a declarar este problema crónico, seguido da doença digestiva crónica (3,4%) e dos problemas da tiroide (3,2%). A depressão, já analisada anteriormente como uma das razões de consumo habitual de medicamentos, é referida como doença crónica por 14 respondentes (1,6%).

## Análise e Discussão dos Resultados

**Tabela 16 - Síntese da análise descritiva dos Fatores pessoais biológicos**

Fatores pessoais biológicos		N	%		
Género	Feminino	485	54,3		
	Masculino	409	45,7		
Classe de IMC	Baixo Peso	7	0,8		
	Normal	327	36,6		
	Pré-obesidade	389	43,5		
	Obesidade I	131	14,7		
	Obesidade II	34	3,8		
	Obesidade III	6	0,7		
Existência de doença crónica	Não	455	50,9		
	Sim	439	49,1		
Número de doenças crónicas	0	455	50,9		
	1	257	28,7		
	2	129	14,4		
	3	40	4,5		
	4	7	0,8		
	5	3	0,3		
Consumo habitual de medicamentos	Sim	476	53,2		
	Não	418	46,8		
Fatores pessoais biológicos	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	54,0	54,0	5,8	45	64
IMC	26,7	25,9	4,1	17,2	45,2

### 2.1.2. Fator pessoal psicológico – Autopercepção do estado de saúde

Neste ponto apresentamos a análise descritiva relativa ao **fator pessoal psicológico: Autopercepção do estado de saúde**, que sintetizamos na Tabela 17.

Quando analisamos a forma como as pessoas inquiridas percecionam o seu estado de saúde em geral verificamos que a maioria (48,3%) o classifica de Bom, seguida da categoria Razoável (38,1%). De assinalar que com uma Autopercepção geral da saúde negativa temos 7,7% dos inquiridos, que se distribuem pelas categorias Mau (7,3%) e Muito Mau (0,4%). Podemos assim afirmar que a maioria das pessoas tem uma autoapreciação positiva do seu estado de saúde (54,1% na classificação Muito Bom e Bom). Quanto à Autopercepção do estado de saúde comparativamente a outras pessoas com a mesma idade e género a maioria dos inquiridos considera-o Idêntico (70,8%), e apenas (11,3%, n= 101) o consideram Pior.

**Tabela 17 - Síntese da análise descritiva dos Fatores pessoais psicológicos**

Fatores pessoais psicológicos		N	%
Autopercepção do estado de saúde	Muito Bom	52	5,8
	<b>Bom</b>	<b>432</b>	<b>48,3</b>
	Razoável	341	38,1
	Mau	65	7,3
	Muito Mau	4	0,4
Autopercepção do estado de saúde comparado com pessoas com a mesma idade e género	Melhor	160	17,9
	<b>Idêntico</b>	<b>633</b>	<b>70,8</b>
	Pior	101	11,3

Ao cruzarmos a variável Autoperceção do estado de saúde com a variável Género verificamos que os homens têm uma percepção mais positiva do seu estado de saúde (61,2% dos homens na classificação Muito bom e Bom contra 48,3% das mulheres).

Ao cruzarmos a variável Autoperceção do estado de saúde com a variável Existência de doença crónica, verificamos que a maioria das pessoas com doença crónica percebem o seu estado de saúde como Razoável (50,6%). Quando analisamos as categorias de percepção negativa do estado de saúde, verificamos que estas são ocupadas sobretudo por pessoas com doença crónica: 89,0% das pessoas que percecionam o seu estado de saúde como Mau, têm doença crónica, 100% das pessoas que percecionam o seu estado de saúde como Muito mau têm doença crónica. A tabela 18 sintetiza esta análise bivariada.

**Tabela 18 - Cruzamento da variável Autoperceção do estado de saúde com a variáveis: Género e Existência de doença crónica**

		Autoperceção do estado de saúde					Total
		Muito Bom	Bom	Razoável	Mau	Muito Mau	
Género	Feminino	26	208	202	47	2	485
		5,4%	42,9%	41,6%	9,7%	0,4%	54,3%
	Masculino	26	224	139	18	2	409
		6,4%	54,8%	34,0%	4,4%	0,5%	45,7%
	Total	52	432	341	65	4	894
		5,8%	48,3%	38,1%	7,3%	0,4%	100%
Existência de doença crónica	Sim	5	150	222	58	4	439
		1,1%	34,2%	50,6%	13,2%	0,9%	49,1%
	Não	47	282	119	7	0	455
		10,3%	62,0%	26,2%	1,5%	0,0%	50,9%
	Total	52	432	341	65	4	894
		5,8%	48,3%	38,1%	7,3%	0,4%	100%

### 2.1.3. Fatores pessoais socioculturais

Neste ponto apresentamos a análise descritiva relativa aos **fatores pessoais socioculturais** (Nacionalidade, Concelho de residência, Estado civil, Tipo de família, Nível de escolaridade, Grupo profissional, Situação profissional e Rendimento familiar mensal) que podemos ver sintetizada no final, na Tabela 20.

A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos de **nacionalidade** portuguesa (99,7%), sendo que apenas três respondentes têm outra nacionalidade (brasileira, cabo-verdiana e venezuelana, respetivamente).

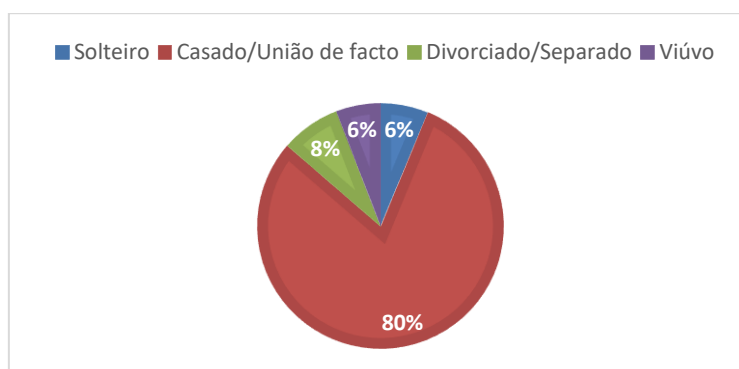
Relativamente ao **concelho de residência**, a maioria dos respondentes reside no concelho de Beja (26,4%), seguido do concelho de Aljustrel (11,1%), do concelho de Serpa (10,5%) e do concelho de Moura (9,5%), os restantes concelhos têm percentagens inferiores a 7% - Tabela 19. Esta distribuição está relacionada, obviamente, com o número de inscritos nas unidades funcionais do ACESBA em cada um dos concelhos (que condicionou a forma proporcional como foi seleccionada a amostra), mas também com a taxa de resposta que obtivemos em cada um dos concelhos.

**Tabela 19 - Distribuição da amostra por Concelho de residência**

Concelho de residência	Frequência (N)	Percentagem (%)
Aljustrel	99	11,1
Almodôvar	55	6,2
Alvito	19	2,1
Barrancos	14	1,6
Beja	236	26,4
Castro Verde	51	5,7
Cuba	39	4,4
Ferreira do Alentejo	52	5,8
Mértola	58	6,5
Moura	85	9,5
Ourique	48	5,4
Serpa	94	10,5
Vidigueira	44	4,9
<b>Total Amostra</b>	<b>894</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à variável **Estado civil**, predominam a pessoas casadas ou em união de facto (80%), como é visível no gráfico 5.

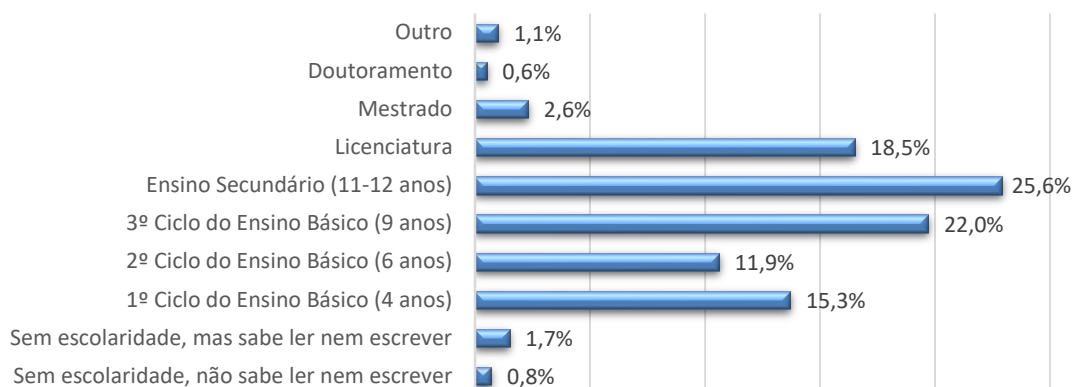
**Gráfico 5 - Distribuição da amostra por Estado Civil**



No que diz respeito ao **Tipo de família**, a maioria dos respondentes fazem parte de uma família nuclear (80%) seja uma família nuclear com filhos (49%) seja uma família constituída apenas pelo casal (31%). As pessoas que vivem sós (família unitária) representam cerca de 11% dos respondentes.

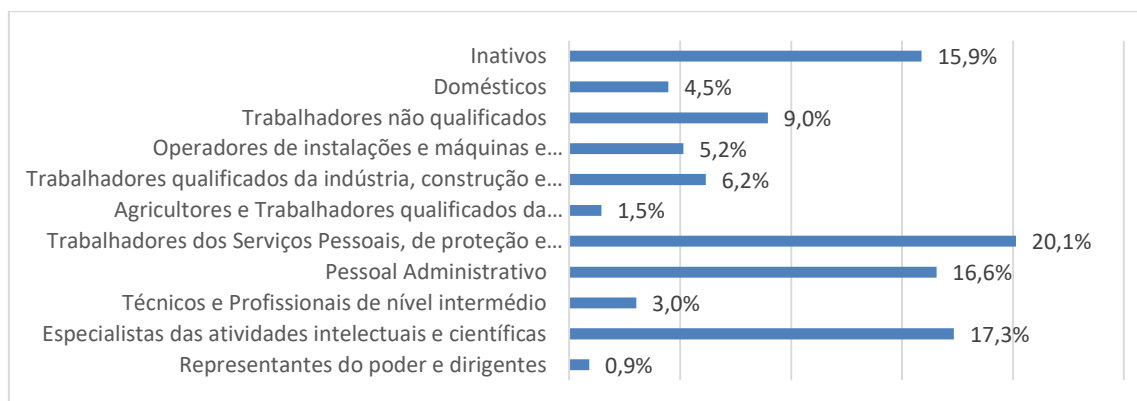
No que concerne ao **Nível de escolaridade** (Gráfico 6), observa-se um predomínio de indivíduos que concluíram o Ensino secundário (cerca de 26%), seguido daqueles que concluíram o 3º Ciclo do EB (22%). Com menor expressão aparecem as categorias com escolaridade superior à Licenciatura: pessoas com Mestrado (2,6%) e com Doutoramento (0,6%). De assinalar que nesta amostra existem 22 pessoas (2,5%) sem qualquer escolaridade, sendo que destas, 15 referem saber ler e escrever. Na categoria Outro foram incluídas as pessoas que referem ter Bacharelato ou um Curso Profissional.

**Gráfico 6 - Distribuição da amostra por Nível de Escolaridade**



Ao analisarmos a situação da amostra relativamente ao **Grupo profissional** (Gráfico 7), definido pela Classificação Portuguesa das Profissões (INE, 2010), verifica-se que a maioria pertence à categoria Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (20,1%), seguido de Especialistas das atividades científicas e intelectuais (17,3%) e de Pessoal administrativo (16,6%). Os Domésticos são outra categoria a referir porque correspondem a 4,5% da amostra, sendo todos do género feminino (n=40). Importa ainda referir que 142 respondentes (15,9%) se declaram inativos, o que no contexto deste estudo correspondem aos reformados. A categoria menos representada é Representantes do poder e dirigentes (n=8; 0,9%).

**Gráfico 7 - Distribuição da amostra por Grupo Profissional**



No que se refere à **Situação profissional**, a maioria dos respondentes encontra-se empregado (71,7%) e, como já referimos, uma percentagem considerável encontra-se reformado (15,9%), sendo que destes 10,3% estão reformados por idade e/ou tempo de serviço, 4,1% (n=37) estão reformados por invalidez e 1,5% (n=13) foram reformados antecipadamente. Na categoria Desempregado encontram-se 76 indivíduos (8,5%), sendo a maioria mulheres (65,8%). Os restantes indivíduos encontram-se na categoria Outros que é sobreponível à categoria Domésticos do Grupo Profissional, que já referimos anteriormente.



## Análise e Discussão dos Resultados

O **Rendimento familiar mensal** dos inquiridos situa-se predominantemente na categoria De 500 a 1000€ (33,1%), seguida da categoria De 1001 a 1500€ (17,2%) e da categoria De 1501 a 2000€ (16,8%). Finalmente as categorias Inferior a 500€ e De 2001 a 3000€ têm valores similares (12,8% e 12,5% respetivamente). A categoria Superior a 3000€ é a menos representativa (7,6%).

**Tabela 20 - Síntese da análise descritiva dos Fatores pessoais socioculturais**

Fatores pessoais socioculturais		N	%
Nacionalidade	Portuguesa	891	99,7
	Outra	3	0,3
Estado Civil	Solteiro	56	6,3
	Casado/União de facto	716	80,1
	Divorciado/Separado	70	7,8
	Viúvo	52	5,8
Tipo de Família	Unitária	96	10,7
	Nuclear (casal)	277	31,0
	Nuclear com filhos	438	49,0
	Monoparental	60	6,7
	Alargada	23	2,6
Nível de Escolaridade	Sem escolaridade e não sabe ler nem escrever	7	0,8
	Sem escolaridade mas sabe ler nem escrever	15	1,7
	1º Ciclo do Ensino Básico	137	15,3
	2º Ciclo do Ensino Básico	106	11,9
	3º Ciclo do Ensino Básico	197	22,0
	Ensino Secundário	229	25,6
	Licenciatura	165	18,5
	Mestrado	23	2,6
	Doutoramento	5	0,6
	Outros	10	1,1
Grupo Profissional	Representantes do poder e dirigentes	8	0,9
	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	155	17,3
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	27	3,0
	Pessoal administrativo	148	16,6
	Trabalhadores serviços pessoais, segurança e vendedores	180	20,1
	Agricultores e trab. qualificados da agricultura, pesca e floresta	13	1,5
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	55	6,2
	Operadores de máquinas e de montagem	46	5,1
	Trabalhadores não qualificados	80	8,9
	Domésticos	40	4,5
Situação Profissional	Inativos	142	15,9
	Empregado	632	70,7
	Desempregado	76	8,5
	Reformado	142	15,9
Rendimento Familiar Mensal	Outra	44	4,9
	Inferior a 500€	114	12,8
	De 501 a 1000€	286	33,1
	De 1001 a 1500€	154	17,2
	De 1501 a 2000€	150	16,8
	De 2001 a 3000€	112	12,5
	Superior a 3000€	68	7,6

### 2.1.4. Autoeficácia percebida

Avaliámos a **autoeficácia percebida** através de duas questões: relativamente à questão “Consegue levar a cabo as coisas que se propõe realizar” a resposta Frequentemente é a mais prevalente (44,4%), seguida da resposta Algumas vezes (31,8%), e da resposta Sempre (23,5%). A

resposta Nunca apenas foi dada por três respondentes. Quanto à questão “Quando não obtém sucesso à primeira continua a insistir até conseguir” a resposta Sempre foi a que obteve maior consenso (35,9%), seguida da resposta Algumas vezes (31,9%) e da resposta Frequentemente (30,9%). Mais uma vez a resposta Nunca foi a que obteve menor número de respostas (n=12).

Trabalhámos também esta variável como uma variável intervalar (contínua), atribuindo-lhe os mesmos valores atribuídos à escala HPLP II e nesse sentido obtivemos uma Média de 2,91 para a Questão 1 (como um desvio padrão de 0,7) e uma Média de 3,01 para a Questão 2 (com um desvio padrão de 0,9). Considerando o score obtido com as duas questões obtivemos uma Média de 2,96 (como um desvio padrão de 0,7) que considerámos como um resultado positivo mas moderado, aplicando o critério usado para a escala HPLP II. Na Tabela 21 sintetizamos a análise descritiva relativa à dimensão Autoeficácia percebida da amostra deste estudo.

**Tabela 21 - Síntese da análise descritiva relativa à Autoeficácia**

Autoeficácia		N	%		
Questão 1 - Consegue levar a cabo o que se propõe realizar	Nunca	3	0,3		
	Algumas vezes	284	31,8		
	<b>Frequentemente</b>	<b>397</b>	<b>44,4</b>		
	Sempre	210	23,5		
Questão 2 - Quando não obtém sucesso à primeira insiste até conseguir	Nunca	12	1,3		
	Algumas vezes	285	31,9		
	Frequentemente	276	30,9		
	<b>Sempre</b>	<b>321</b>	<b>35,9</b>		
Autoeficácia	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Questão 1	2,91	3,0	0,7	1	4
Questão 2	3,01	3,0	0,9	1	4
Score Total	2,96	3,0	0,7	1	4

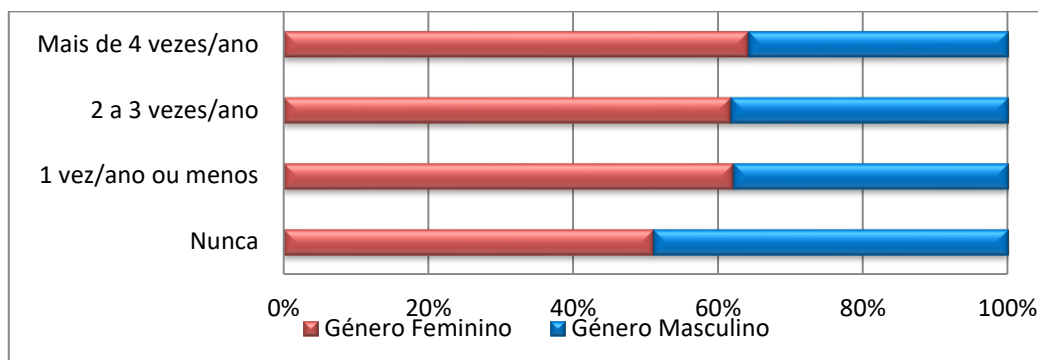
### 2.1.5. Influências interpessoais

Para avaliarmos as **influências interpessoais** na adoção dos comportamentos de promoção da saúde fomos inquirir sobre a participação dos respondentes em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis e também acerca da informação sobre estilos de vida saudáveis que receberam ao utilizarem os serviços de saúde.

A existência de projetos e atividades de intervenção comunitária, no contexto do estudo, já foi referida anteriormente pelo que importava saber se as pessoas desta amostra participavam nesses projetos e atividades. Quando questionados sobre a **frequência da sua participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis nos últimos dois anos**, a maioria das pessoas da amostra (71,9%) refere que nunca participou, dos restantes participaram uma vez por ano ou menos – 11,2%, duas a três vezes – 8,2%, sendo de destacar que 8,7% refere ter participado em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis mais do que quatro vezes nos últimos dois anos.

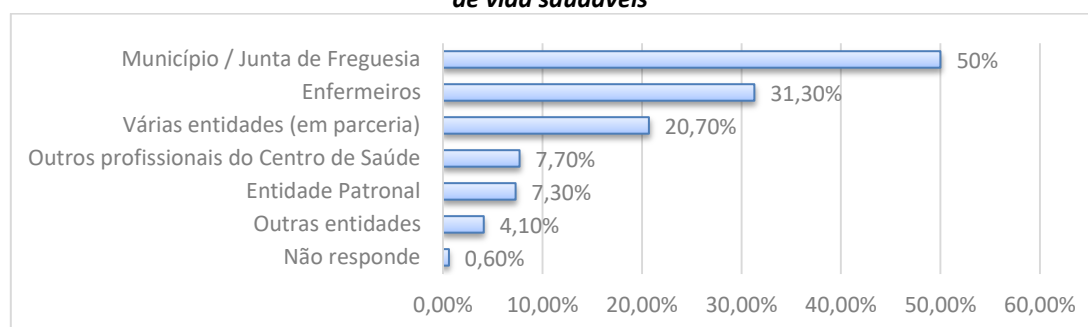
Ao cruzarmos esta variável com a variável género verificamos que são as mulheres que mais participam em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis (32,4% das mulheres participam em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis pelo menos uma vez por ano contra 22,9% dos homens) e com maior frequência (10,3% das mulheres participam em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis mais de quatro vezes por ano contra 6,8% dos homens). Esta maior participação das mulheres aparece destacada no Gráfico 8.

**Gráfico 8 – Participação em atividades de grupo de promoção de Estilos de Vida Saudáveis por género**



Relativamente à **organização dessas atividades** (Gráfico 9) verifica-se que as autarquias locais (Município ou Junta de Freguesia) foram as entidades que organizaram a maioria (50%) das atividades de grupo onde as pessoas da amostra participaram nos últimos dois anos. Dos profissionais de saúde destacam-se os enfermeiros (31,3%) como organizadores de atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis. A categoria outras recebeu 15% das respostas da amostra e nessas podemos destacar as entidades privadas sobretudo ginásios, (n=11), as associações locais (n=10) e os grupos de amigos (n=7).

**Gráfico 9 - Entidades ou Profissionais que organizaram as atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis<sup>64</sup>**



Quanto à **utilização, nos últimos doze meses, de algum serviço do Centro de Saúde** onde se encontra inscrito, a maioria dos participantes (74,2%) refere ter utilizado, variando essa utilização entre uma vez (24,4%), duas a três vezes (34%) e mais de quatro vezes (15,8%). Ao cruzarmos esta variável com a variável género verificamos que são as mulheres que mais utilizam os serviços do

<sup>64</sup> As percentagens apresentam-se individualmente já que cada respondente pode ter frequentado atividades organizadas por várias entidades.

## Análise e Discussão dos Resultados

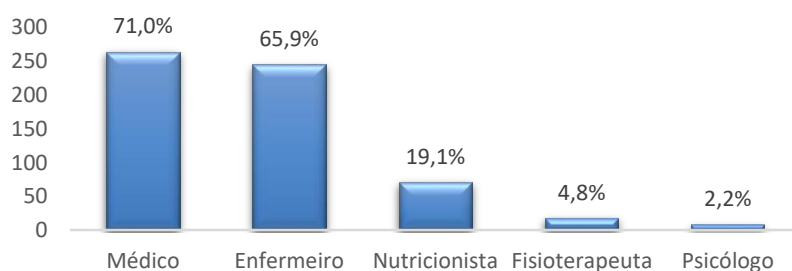
Centro de Saúde (79,0% das mulheres utilizaram estes serviços nos últimos 12 meses contra 68,5% dos homens) e com uma maior frequência – 66,7% das pessoas que reportam ter utilizado os Serviços do Centro de Saúde mais do que quatro vezes nos últimos 12 meses são mulheres. Verifica-se também que são as pessoas que referem a existência de doença crónica que mais utilizaram o Centro de Saúde nos últimos doze meses e com uma maior frequência (Tabela 22).

**Tabela 22 – Cruzamento da variável Utilização do Centro de Saúde (nos últimos 12 meses) com as variáveis Género e Existência de doença crónica**

		Utilização do Centro de Saúde nos últimos 12 meses				Total
		Nunca	1 vez	2 a 3 vezes	Mais de 4 vezes	
Género	Feminino	102 44,2%	106 48,6%	183 60,2%	94 66,7%	485 54,3%
	Masculino	129 55,8%	112 51,4%	121 39,8%	47 33,3%	409 45,7%
	<b>Total</b>	<b>231 25,8%</b>	<b>218 24,4%</b>	<b>304 34,0%</b>	<b>141 15,8%</b>	<b>894 100,0%</b>
Doença crónica	Não	197 85,3%	130 59,6%	102 33,6%	26 18,4%	455 50,9%
	Sim	34 14,7%	88 40,4%	202 66,4%	115 81,6%	439 49,1%
	<b>Total</b>	<b>231 25,8%</b>	<b>218 24,4%</b>	<b>304 34,0%</b>	<b>141 15,8%</b>	<b>894 100,0%</b>

Quanto questionadas se, quando frequentaram o Centro de Saúde nos últimos doze meses, **receberam informação sobre estilos de vida saudáveis** a maioria das pessoas da amostra responderam afirmativamente (56,1%). Relativamente ao **profissional que deu essa informação**, o médico é o profissional que é referido maioritariamente (71,0%), seguido do enfermeiro (65,9%), o nutricionista é o profissional que surge em terceiro lugar (19,1%), seguido do fisioterapeuta (4,8%). Por último foi referido o psicólogo (n=8; 2,2%). Nenhum dos participantes assinalou o assistente social ou qualquer outro profissional do Centro de Saúde como tendo fornecido informação sobre estilos de vida saudáveis – Gráfico 10.

**Gráfico 10 - Profissional do Centro de Saúde que deu informação sobre estilos de vida saudáveis<sup>65</sup>**

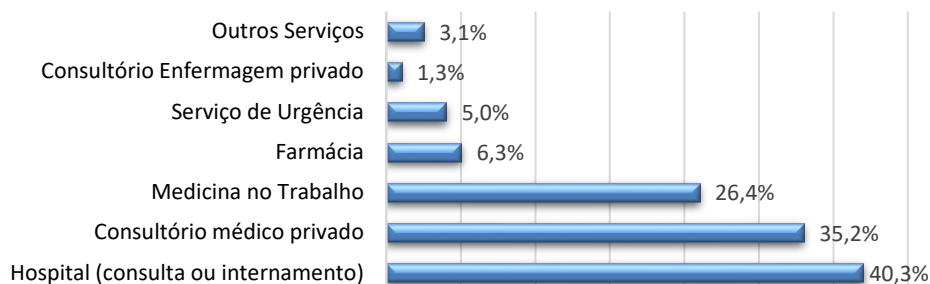


Quando questionados sobre se, nos últimos doze meses, **utilizaram algum outro serviço de saúde onde receberam alguma informação sobre estilos de vida saudáveis**, a maioria respondeu negativamente (82,2%). Relativamente aos **serviços de saúde que deram informação** sobre estilos

<sup>65</sup> As percentagens apresentam-se individualmente já que cada respondente pode ter recebido informação de vários profissionais de saúde.

de vida saudáveis é o hospital (consulta ou internamento) que surge em primeiro lugar (40,3%), seguido do consultório médico privado (35,2%) e das consultas de medicina no trabalho (26,4%) – Gráfico 11.

**Gráfico 11 - Outros serviços de saúde que deram informação sobre estilos de vida saudáveis<sup>66</sup>**



Na Tabela 23 sintetizamos a análise descritiva das variáveis relativas à dimensão Influências interpessoais.

**Tabela 23 - Síntese da análise descritiva das Influências interpessoais**

Variável	N	%
<b>Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis</b>	<b>Nunca</b>	<b>643</b>
	1 Vez/ano ou menos	100
	2-3 Vezes/ano	73
	Mais de 4 vezes/ano	78
<b>Organização das atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis</b>	<b>Município / Junta de Freguesia</b>	<b>123</b>
	Enfermeiros	77
	Outros profissionais do CS	19
	Entidade patronal	18
	Várias entidades (em parceria)	51
	Outras entidades	37
<b>Utilização dos serviços do CS (últimos 12 meses)</b>	<b>Nunca</b>	<b>231</b>
	1 Vez	218
	<b>2 – 3 Vezes</b>	<b>304</b>
	Mais de 4 vezes	141
<b>Receberam informação sobre estilos de vida saudáveis no CS</b>	<b>Sim</b>	<b>372</b>
	Não	291
<b>Profissionais do CS que deram informação sobre estilos de vida saudáveis</b>	<b>Médico</b>	<b>264</b>
	Enfermeiro	245
	Nutricionista	71
	Psicólogo	8
	Fisioterapeuta	18
<b>Receberam informação sobre estilos de vida saudáveis em outro serviço de saúde</b>	<b>Não</b>	<b>735</b>
	Sim	159
<b>Outros serviços de saúde que deram informação sobre estilos de Vida saudáveis</b>	<b>Hospital (consulta ou internamento)</b>	<b>64</b>
	Serviço de Urgência	8
	Medicina no trabalho	42
	Consultório privado de Medicina	56
	Farmácia	10
	Consultório privado de Enfermagem	2
	Outros Serviços	5

<sup>66</sup> As percentagens apresentam-se individualmente já que cada respondente pode ter recebido informação de vários serviços de saúde.

### 2.1.6. Comportamentos de risco: Consumo de tabaco e álcool

No que diz respeito ao **consumo de tabaco** a maioria dos respondentes declarou-se como Não fumador (54,4%), sendo de assinalar que das categorias restantes se destaca a categoria Ex-fumador (19,9%) e só depois surge a categoria Fumador (18,1%), o que significa que 74,3% da amostra refere não fumar na atualidade.

Ao cruzarmos variável Consumo de tabaco com a variável Género (Tabela 24) verificamos que apesar de uma maior prevalência de não fumadores em ambos os géneros, esta categoria é significativamente superior nas mulheres (66,6%) do que nos homens (39,9%). No que diz respeito à categoria Ex-fumador esta é mais prevalente no género masculino (28,1%) do que no feminino (13,0%), sendo a segunda categoria mais prevalente nos homens, enquanto nas mulheres a segunda categoria mais prevalente é Fumador (13,4%).

**Tabela 24 - Cruzamento da variável Consumo de tabaco com a variável Género**

		Consumo de tabaco				Total
		Não fumador	Fumador	Fumador ocasional	Ex-fumador	
Género	Feminino	323	65	34	63	485
		66,6%	13,4%	7,0%	13,0%	100,0%
	Masculino	163	97	34	115	409
		39,9%	23,7%	8,3%	28,1%	100,0%
	Total	486	162	68	178	894
		54,4%	18,1%	7,6%	19,9%	100,0%

Para aqueles que se declararam como ex-fumadores analisámos o tempo que decorreu desde a cessação tabágica e verificámos que a maioria refere ter deixado de fumar há mais de 15 anos (38,5%), seguidos dos que declaram ter deixado de fumar há entre um e cinco anos (21,3%) e entre 10 e 15 anos (20,1%). A categoria com menor prevalência é a Menos de um ano com 3,4% dos ex-fumadores.

Quanto à **quantidade de tabaco** consumida pelos fumadores a maioria refere fumar entre 10 e 20 cigarros por dia (37,8%), mas com uma prevalência muito próxima estão aqueles que referem fumar até 10 cigarros por dia (34,9%), seguem-se os que referem fumar mais de 20 cigarros por dia (20,9%). Os restantes 6,4% referem desconhecer a quantidade de tabaco consumida.

Relativamente à **exposição involuntária ao fumo de tabaco: Fumo passivo**, a maioria (55%) refere Quase nunca estar exposto, seguidos dos que responderam Nunca (21%) e Menos de 1 hora por dia (12%). A maior exposição involuntária ao fumo de tabaco – mais de 5 horas por dia ocorre para 2,3% da amostra e os restantes 9,6% referem estar expostos a fumo passivo 1 a 5 horas por dia.

Relativamente ao **consumo de álcool**, analisado através da resposta às três questões da escala AUDIT C, verificamos que, no que diz respeito à primeira questão: Frequência do consumo de álcool – 36% da amostra refere que nunca consome bebidas contendo álcool, 19,9% refere consumir uma vez por mês ou menos e 17,8% refere consumir duas a três vezes por semana. As

restantes categorias: Consumo de bebidas contendo álcool duas a quatro vezes por mês e Consumo de bebidas contendo álcool quatro vezes ou mais por semana obtiveram uma percentagem de 12,3% e 14,0% respetivamente.

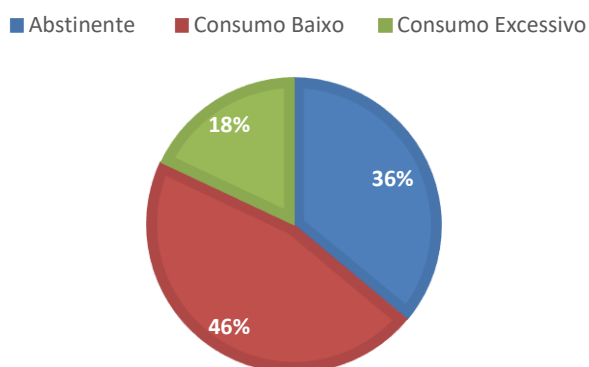
Quando questionados, os respondentes que se reportaram como consumidores de bebidas contendo álcool, sobre a **quantidade de bebidas contendo álcool que consome diariamente**, a maioria (73,6%) consome uma ou duas bebidas por dia seguidos daqueles que referem consumir três ou quatro bebidas por dia (19,4%), dos que referem consumir cinco ou seis bebidas por dia (5,6%) e dos que referem consumir sete ou nove bebidas por dia (1,2%). Apenas um indivíduo referiu consumir acima de 10 bebidas.

Por último analisámos a **frequência do consumo elevado**, ou seja, o consumo de seis ou mais bebidas contendo álcool numa única ocasião. A maioria dos inquiridos (58,9%) refere nunca consumir seis ou mais bebidas contendo álcool numa única ocasião, 28% refere que o faz uma vez por mês ou menos, 8,6% refere fazê-lo duas a quatro vezes por semana. Os consumos mais elevados acontecem para os restantes da seguinte forma: 3,1% refere uma frequência de consumo elevado de bebidas contendo álcool duas a quatro vezes por semana e 1,4% (n=8) refere que o faz quatro ou mais vezes por semana.

Analizadas as questões que compõem o AUDIT C verifica-se que o mesmo apresenta, nesta amostra, um score com valores que variam entre zero e onze, com uma média de 2,14 e um desvio padrão de 2,29.

Quanto à classificação dos resultados obtidos no AUDIT C (que como já referimos é classificada de forma diferente para cada género) verificamos que a categoria Consumo baixo é a que prevalece (46%), seguida da categoria Abstinente (36%) e por fim o Consumo excessivo (18%) – Gráfico 12.

**Gráfico 12 - Classificação do Consumo de Álcool segundo AUDIT C**



Como podemos observar na análise bivariada entre o Consumo de Álcool e o Género (Tabela 25), sendo o consumo baixo a categoria mais prevalente para ambos os géneros há, no entanto, uma maior prevalência de abstinentes entre o género feminino (51,8%), enquanto o consumo excessivo é mais prevalente nos homens (31,5%).

**Tabela 25 - Cruzamento da variável classificação do Consumo de álcool com a variável Género**

		Classificação do consumo de álcool			Total
		Abstinentes	Consumo baixo	Consumo excessivo	
Género	Feminino	251	202	32	485
		51,8%	41,6%	6,6%	100,0%
	Masculino	71	209	129	409
		17,4%	51,1%	31,5%	100,0%
	Total	322	411	161	894
		36,0%	46,0%	18,0%	100,0%

Na Tabela 26 sintetizamos a análise descritiva das variáveis relativas aos comportamentos de risco da amostra deste estudo.

**Tabela 26 - Síntese da análise descritiva das variáveis relativas aos Comportamentos de risco**

Variável		N	%	
Consumo de tabaco	Não fumador	486	54,4	
	Ex fumador	178	19,9	
	Fumador	162	18,1	
Tempo de cessação tabágica dos Ex fumadores	Mais de 15 anos	67	38,5	
	Entre 1 e 5 anos	37	21,3	
	Entre 10 e 15 anos	35	20,1	
Quantidade de tabaco consumida	10 a 20 cigarros/dia	154	37,8	
	Até 10 cigarros/dia	142	34,9	
	Mais de 20 cigarros/dia	85	20,9	
Exposição involuntária ao fumo de tabaco	Quase nunca	492	55,0	
	Nunca	188	21,0	
Frequência do consumo de álcool	Nunca	322	36,0	
	1 Vez/mês ou menos	178	19,9	
	2-3 Vezes/semana	159	17,8	
Consumo diário de álcool	1-2 Bebidas/dia	421	73,6	
	3-4 Bebidas/dia	111	19,4	
Frequência do consumo elevado de álcool (6 ou mais bebidas numa ocasião)	Nunca	337	58,9	
	1 Vez/mês ou menos	160	28,0	
Classificação AUDIT C	Consumo baixo	411	46,0	
	Abstinentes	322	36,0	
	Consumo excessivo	161	18,0	
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Score AUDIT C	2,14	2,29	0	11

#### 2.1.7. Comportamentos promotores de saúde

Os comportamentos promotores de saúde traduzem-se, neste estudo, no **Perfil de Estilo de Vida Promotor de Saúde** [doravante referido como PEVPS] avaliado através da Escala HPLP II, cujo score total [doravante referido como EVPS] ou seja a média dos 52 itens, permite analisar se os respondentes reportam um estilo de vida promotor de saúde. Este instrumento é, como já referimos, composto por seis subescalas [que doravante são referidas como componentes]: Responsabilidade em saúde [RS]; Atividade física [AF]; Nutrição [Nut]; Relações interpessoais [RI]; Crescimento espiritual [CE] e Gestão do stress [GS].



Através do Alfa de Cronbach determinou-se a consistência interna deste instrumento, nesta amostra populacional em concreto, tendo-se obtido um  $\alpha$  global de 0,939 valor ligeiramente mais baixo que o obtido na versão original ( $\alpha$  global de 0,943) e superior ao obtido na versão portuguesa ( $\alpha$  global de 0,925). De assinalar que os 52 itens da escala obtiveram Alfas de Cronbach que variaram entre 0,937 (4 itens), 0,938 (43 itens) e 0,939 (5 itens).

Na Tabela 27 apresentamos os resultados globais do EVPS e das suas seis componentes. A componente que obteve um score médio mais elevado foi o Crescimento espiritual seguida das componentes: Nutrição e Relações interpessoais, a componente Atividade física foi a que obteve um score médio mais baixo.

**Tabela 27 - Síntese da análise descritiva do Perfil de estilo de vida promotor de saúde [PEVPS]**

Escala	Mediana	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
EVPS (score global HPLP II)	2,40	2,43	0,40	1,4	3,8
Responsabilidade em saúde [RS]	2,30	2,30	0,51	1,0	4,0
Atividade física [AF]	1,90	1,90	0,64	0,8	4,0
Nutrição [Nut]	2,70	2,66	0,49	1,2	4,0
Relações interpessoais [RI]	2,70	2,62	0,51	1,2	4,0
Crescimento espiritual [CE]	2,80	2,79	0,48	1,3	4,0
Gestão do stress [GS]	2,10	2,23	0,46	1,1	3,8

Tendo sempre por base o Modelo de análise e os objetivos deste estudo, fomos fazer a análise descritiva bivariada entre a variável dependentes Estilo de vida promotor de saúde e as variáveis independentes relativas à dimensão Fatores pessoais: biológicos, psicológico e socioculturais, e também às variáveis Autoeficácia percebida e Influências interpessoais, terminámos esta análise cruzando a variável dependente com as variáveis relativas aos Comportamentos de risco. Apresentamos de seguida os resultados dessa análise descritiva bivariada:

**Fatores pessoais biológicos** - no que respeita ao **Género** observa-se no **EVPS** valores muito similares entre homens e mulheres. Para ambos os géneros, continua a ser a Atividade física a apresentar o valor mais baixo e o Crescimento espiritual a apresentar um score mais elevado. As componentes onde as mulheres apresentam scores mais elevados relativamente aos homens são a Responsabilidade em saúde e a Nutrição, em todas as outras componente os homens apresentaram um score médio mais elevados do que as mulheres. No que respeita à **classe de IMC** verificamos que as pessoas com peso normal são aquelas que apresentam os scores médios mais elevados no EVPS e em todas as componentes com exceção da Nutrição, onde as pessoas com baixo peso apresentam um score médio mais elevado. As pessoas com Obesidade III apresentam os scores médios mais baixos no EVPS e em todas as suas componentes. Quanto à **existência de doença crónica**, as pessoas que declaram não ter doença crónica apresentam scores médios mais elevados no EVPS e em todas as componentes à exceção da Responsabilidade em saúde, onde as pessoas que declaram a existência de doença(s) crónica(s) obtiveram um score médio mais elevado.

Fator pessoal psicológico: **Auto percepção do estado de saúde** - verificamos que as pessoas de meia-idade que classificam o seu estado de saúde como Muito bom apresentam os scores médios mais elevados no EVPS e em todas as componentes à exceção da Responsabilidade em saúde, onde as pessoas que classificaram o seu estado de saúde como Muito mau obtiveram um score médio mais elevado. Os scores médios mais baixos no EVPS e nas componentes Responsabilidade em saúde, Atividade física e Nutrição foram obtidos pelas pessoas que classificaram o seu estado de saúde como Mau, os scores médios mais baixos das restantes componentes foram obtidos pelas pessoas que classificaram o seu estado de saúde como Muito Mau. Na tabela 28 apresentamos a síntese da análise descritiva bivariada efetuada entre o PEVPS e os Fatores pessoais biológicos (Género, IMC, Doença crónica) e o fator psicológico (Autopercepção do estado de saúde).

**Tabela 28 - Síntese da análise descritiva bivariada: PEVPS por Fatores pessoais biológicos e por Fator pessoal psicológico**

Variáveis		Estilo de vida promotor de saúde					
		EVPS	RS	AF	Nut	RI	CE
		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Género	Feminino	2,42 (0,41)	<b>2,37</b> (0,50)	1,85 (0,60)	<b>2,69</b> (0,48)	2,59 (0,53)	2,78 (0,51)
	Masculino	<b>2,43</b> (0,39)	2,23 (0,51)	<b>1,97</b> (0,68)	2,61 (0,50)	<b>2,65</b> (0,48)	<b>2,80</b> (0,45)
Classe de IMC	Baixo Peso	2,30 (0,54)	2,26 (0,43)	1,59 (0,34)	<b>2,71</b> (0,84)	2,46 (0,76)	2,56 (0,64)
	Normal	<b>2,47</b> (0,40)	<b>2,33</b> (0,51)	<b>1,99</b> (0,64)	2,69 (0,49)	<b>2,65</b> (0,50)	<b>2,85</b> (0,49)
	Pré-obesidade	2,44 (0,39)	2,32 (0,51)	1,92 (0,63)	2,69 (0,49)	2,63 (0,50)	2,78 (0,47)
	Obesidade I	2,34 (0,41)	2,25 (0,51)	1,77 (0,64)	2,55 (0,45)	2,54 (0,53)	2,71 (0,50)
	Obesidade II	2,26 (0,36)	2,24 (0,52)	1,61 (0,48)	2,49 (0,40)	2,49 (0,56)	2,65 (0,46)
	Obesidade III	<b>2,05</b> (0,21)	<b>2,00</b> (0,58)	<b>1,23</b> (0,23)	<b>2,22</b> (0,21)	<b>2,20</b> (0,25)	<b>2,52</b> (0,42)
Doença crónica	Não	<b>2,46</b> (0,42)	2,27 (0,53)	<b>1,99</b> (0,66)	<b>2,68</b> (0,51)	<b>2,68</b> (0,51)	<b>2,82</b> (0,47)
	Sim	2,39 (0,38)	<b>2,34</b> (0,48)	1,82 (0,61)	2,63 (0,47)	2,55 (0,50)	2,75 (0,50)
Auto percepção do estado de Saúde	Muito bom	<b>2,67</b> (0,38)	2,35 (0,45)	<b>2,29</b> (0,79)	<b>2,96</b> (0,49)	<b>2,97</b> (0,47)	<b>2,91</b> (0,44)
	Bom	2,48 (0,39)	2,31 (0,52)	1,97 (0,62)	2,68 (0,49)	2,71 (0,48)	2,88 (0,46)
	Razoável	2,37 (0,38)	2,29 (0,50)	1,83 (0,61)	2,61 (0,46)	2,53 (0,48)	2,71 (0,48)
	Mau	<b>2,19</b> (0,41)	<b>2,27</b> (0,53)	<b>1,58</b> (0,59)	<b>2,51</b> (0,52)	2,21 (0,50)	2,50 (0,49)
	Muito mau	2,20 (0,41)	<b>2,53</b> (0,76)	1,70 (0,68)	2,53 (0,26)	<b>2,15</b> (0,17)	<b>2,30</b> (0,58)

**Fatores pessoais socioculturais** - no que diz respeito à análise bivariada relativa ao PEVPS por **Estado civil** verifica-se que os solteiros são os que apresentam scores médios mais elevados e os viúvos os que apresentam os scores médios mais baixos no EVPS e nas diferentes componentes. Quando analisamos o PEVPS relativamente ao Tipo de família verifica-se que ao nível do EVPS são

as pessoas pertencentes a Famílias nucleares (com filhos) que apresentam um score mais elevado e as pessoas pertencentes a Famílias nucleares (casal) que apresentam um score mais baixo. No que diz respeito aos scores das componentes, as pessoas pertencentes a Famílias monoparentais apresentam os scores médios mais elevados relativamente à Responsabilidade em saúde e à Nutrição; as pessoas pertencentes a Famílias unitárias apresentam um score médio mais elevado em relação à Atividade física; as pessoas pertencentes a Famílias nucleares (com filhos) apresentam um score médio mais elevado quanto ao Crescimento espiritual e as Famílias alargadas apresentam scores médios mais elevados relativamente às Relações interpessoais e à Gestão do *stress*. Os scores médios mais baixos nas diferentes componentes estão distribuídos da seguinte forma: as pessoas pertencentes às Famílias alargadas apresentam scores mais baixos relativamente à Responsabilidade em saúde, à Nutrição e à Atividade física sendo este último valor partilhado com as pessoas pertencentes às Famílias monoparentais que são também as que apresentam scores médios mais baixos no que diz respeito à Gestão do *stress*; as pessoas pertencentes a Famílias unitárias são as que apresentam scores mais baixos no que diz respeito às Relações interpessoais e ao Crescimento espiritual.

Quanto à análise do PEVPS relativamente à variável **Nível de escolaridade** verificamos que as pessoas que referiram não saber ler nem escrever são aquelas que obtiveram um score médio mais baixo em todas as componentes do PEVPS. Relativamente aos scores médios mais elevados os respondentes com Mestrado obtiveram os scores médios mais elevado ao nível do EVPS e das componentes: Atividade física, Gestão do *stress*, Crescimento espiritual e Relações interpessoais sendo que este último é partilhado pelas pessoas com Doutoramento que também obtiveram o score médio mais elevado na componente Nutrição. As pessoas com Licenciatura obtiveram o score médio mais elevado na componente Responsabilidade em saúde.

No que respeita à análise do PEVPS relativamente à variável **Grupo profissional** verificamos que as pessoas que referiram pertencer à categoria Domésticos são aquelas que obtiveram um score médio mais baixo no EVPS e na maioria das suas componentes: Atividade física, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*. Os scores médios mais baixos relativos à componente Responsabilidade em saúde foram obtido pelas pessoas que pertencem ao Grupo profissional: Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; quanto à componente Nutrição o score médio mais baixo foi obtido pelas pessoas pertencentes ao Grupo profissional: Trabalhadores não qualificados. Relativamente aos scores médios mais elevados os respondentes pertencentes ao Grupo profissional: Representantes do poder e dirigentes obtiveram os scores médios mais elevados ao nível do EVPS bem como de todas as componentes com exceção da Nutrição, cujo score médio mais elevado foi obtido pelas pessoas pertencentes ao Grupo profissional: Especialistas das atividades intelectuais.

Quando analisamos o PEVPS relativamente à **Situação profissional**, verificamos que as pessoas que referiram pertencer à categoria Outros, que como já referimos anteriormente

coincide com a categoria Domésticos analisada na tabela anterior, são aquelas que obtiveram um score médio mais baixo na maioria das componentes do PEVPS: EVPS, Atividade física, Crescimento espiritual, Gestão do *stress* e Nutrição, sendo que para esta última também as pessoas desempregadas obtiveram o score médio mais baixo. O score médio mais baixo relativo à componente Responsabilidade em saúde foi obtido pelas pessoas reformadas antecipadamente, quanto à componente Relações interpessoais o score médio mais baixo foi obtido pelas pessoas reformadas por invalidez. Relativamente aos scores médios mais elevados, os respondentes reformados por tempo de serviço ou idade obtiveram os scores médios mais elevados ao nível do EVPS bem como nas componentes: Responsabilidade em saúde, Atividade física e Gestão do *stress*. Para a componente Nutrição o score médio mais elevado foi obtido pelas pessoas reformadas antecipadamente que também obtiveram o score médio mais elevado na componente Relações interpessoais. O score médio mais elevado da componente Crescimento espiritual foi obtido pelas pessoas empregadas.

Quanto à análise do PEVPS relativamente à variável **Rendimento familiar mensal** verificamos que as pessoas que referiram um Rendimento familiar mais elevado obtiveram scores médios mais altos no EVPS todas as suas componentes, sendo que às pessoas com um Rendimento familiar mensal superior a 3000 € correspondem scores mais elevados ao nível do EVPS e nas componentes Nutrição, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*, para as componentes Responsabilidade em saúde e Atividade física foram as pessoas com Rendimento familiar mensal entre 2001 e 3000 € que obtiveram um score médio mais elevado. Os scores médios mais baixos em todas as componentes do PEVPS foram obtidos pelas pessoas um Rendimento familiar mensal inferior a 500 €. Na tabela 29 apresentamos a síntese da análise descritiva bivariada entre o PEVPS e os fatores pessoais socioculturais.

**Tabela 29 - Síntese da Análise descritiva bivariada: PEVPS por Fatores pessoais sócio culturais**

Variáveis		Estilo de Vida Promotor de Saúde						
		EVPS	RS	AF	Nut	RI	CE	GS
		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Estado civil	Solteiro	<b>2,53</b> (0,39)	<b>2,44</b> (0,54)	<b>2,02</b> (0,66)	<b>2,77</b> (0,49)	<b>2,71</b> (0,51)	<b>2,84</b> (0,53)	<b>2,37</b> (0,49)
	Casado	2,42 (0,46)	2,29 (0,50)	1,89 (0,63)	2,65 (0,49)	2,61 (0,50)	2,80 (0,47)	2,23 (0,45)
	União de facto	2,47 (0,46)	2,35 (0,60)	1,95 (0,72)	2,72 (0,52)	2,72 (0,59)	2,77 (0,53)	2,25 (0,50)
	Divorciado	2,47 (0,46)	2,35 (0,60)	1,95 (0,72)	2,72 (0,52)	2,72 (0,59)	2,77 (0,53)	2,25 (0,50)
	Separado	2,47 (0,46)	2,35 (0,60)	1,95 (0,72)	2,72 (0,52)	2,72 (0,59)	2,77 (0,53)	2,25 (0,50)
	Viúvo	<b>2,30</b> (0,43)	<b>2,27</b> (0,48)	<b>1,86</b> (0,68)	<b>2,55</b> (0,46)	<b>2,39</b> (0,51)	<b>2,52</b> (0,50)	<b>2,12</b> (0,51)
Tipo de família	Unitária	2,41 (0,44)	2,32 (0,55)	<b>1,94</b> (0,66)	2,65 (0,49)	2,55 (0,56)	2,65 (0,50)	2,25 (0,52)
	Nuclear (casal)	2,40 (0,41)	2,30 (0,52)	1,89 (0,62)	2,64 (0,50)	2,56 (0,53)	2,76 (0,50)	2,22 (0,45)
	Nuclear (com filhos)	<b>2,45</b> (0,38)	2,30 (0,49)	1,92 (0,65)	2,67 (0,49)	2,66 (0,47)	<b>2,84</b> (0,45)	2,24 (0,46)
	Monoparental	2,43 (0,42)	<b>2,37</b> (0,55)	1,86 (0,67)	<b>2,70</b> (0,50)	2,62 (0,55)	2,77 (0,50)	2,20 (0,45)
	Alargada	2,42 (0,47)	2,26 (0,55)	1,86 (0,64)	2,63 (0,39)	<b>2,67</b> (0,55)	2,68 (0,63)	<b>2,28</b> (0,55)

## Análise e Discussão dos Resultados

Nível de Escolaridade	Sem escolaridade Não sabe ler nem escrever	<b>1,74</b> (0,22)	<b>1,73</b> (0,47)	<b>1,17</b> (0,26)	<b>1,81</b> (0,44)	<b>2,01</b> (0,30)	<b>1,97</b> (0,21)	<b>1,66</b> (0,26)
	Sem escolaridade Mas sabe ler e escrever	2,32 (0,64)	2,35 (0,64)	1,82 (0,70)	2,51 (0,72)	2,44 (0,76)	2,55 (0,75)	2,18 (0,59)
	1º Ciclo EB	2,24 (0,36)	2,15 (0,51)	1,67 (0,60)	2,47 (0,42)	2,39 (0,46)	2,57 (0,47)	2,11 (0,42)
	2º Ciclo EB	2,33 (0,38)	2,22 (0,51)	1,82 (0,50)	2,52 (0,43)	2,51 (0,51)	2,68 (0,44)	2,15 (0,43)
	3º Ciclo EB	2,36 (0,37)	2,26 (0,53)	1,80 (0,60)	2,59 (0,46)	2,56 (0,48)	2,72 (0,47)	2,16 (0,44)
	Ensino Secundário	2,48 (0,36)	2,34 (0,46)	2,05 (0,68)	2,68 (0,47)	2,66 (0,46)	2,86 (0,43)	2,27 (0,43)
	Licenciatura	2,65 (0,36)	<b>2,50</b> (0,45)	2,10 (0,59)	2,96 (0,43)	2,85 (0,48)	3,00 (0,45)	2,41 (0,46)
	Mestrado	<b>2,68</b> (0,45)	2,43 (0,62)	<b>2,15</b> (0,70)	2,91 (0,48)	<b>2,94</b> (0,63)	<b>3,14</b> (0,49)	<b>2,43</b> (0,76)
	Doutoramento	2,44 (0,29)	1,94 (0,42)	1,76 (0,32)	<b>3,02</b> (0,59)	<b>2,94</b> (0,54)	2,70 (0,51)	2,40 (0,46)
	Outros	2,40 (0,29)	2,23 (0,28)	1,79 (0,74)	2,58 (0,36)	2,72 (0,45)	2,91 (0,36)	2,18 (0,50)
Grupo Profissional	Representantes do poder e dirigentes	<b>2,70</b> (0,43)	<b>2,44</b> (0,47)	<b>2,28</b> (0,77)	2,82 (0,33)	<b>2,98</b> (0,55)	<b>3,06</b> (0,48)	<b>2,51</b> (0,38)
	Especialistas atividades intelectuais e científicas	2,66 (0,36)	<b>2,44</b> (0,47)	2,14 (0,64)	<b>3,01</b> (0,45)	2,88 (0,48)	3,02 (0,45)	2,41 (0,49)
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	2,52 (0,36)	2,37 (0,53)	2,11 (0,72)	2,67 (0,45)	2,74 (0,43)	2,88 (0,42)	2,23 (0,47)
	Pessoal Administrativo	2,48 (0,34)	2,33 (0,44)	1,97 (0,65)	2,68 (0,43)	2,72 (0,43)	2,88 (0,42)	2,23 (0,47)
	Trab. Serviços pessoais, segurança e vendedores	2,35 (0,38)	2,29 (0,52)	1,76 (0,59)	2,57 (0,48)	2,56 (0,50)	2,70 (0,44)	2,15 (0,44)
	Agric. e trab. qualificados da agricult., pesca e floresta	2,38 (0,37)	2,29 (0,60)	1,82 (0,45)	2,62 (0,55)	2,49 (0,47)	2,68 (0,47)	2,28 (0,29)
	Trab. qualificados indústria, construção e artífices	2,29 (0,34)	<b>2,10</b> (0,42)	1,74 (0,58)	2,47 (0,45)	2,50 (0,45)	2,68 (0,46)	2,18 (0,36)
	Operadores de máquinas e de montagem	2,34 (0,37)	2,16 (0,52)	1,71 (0,66)	2,49 (0,39)	2,62 (0,48)	2,75 (0,43)	2,21 (0,44)
	Trabalhadores não qualificados	2,27 (0,44)	2,19 (0,58)	1,81 (0,64)	<b>2,43</b> (0,47)	2,41 (0,53)	2,60 (0,56)	2,09 (0,49)
	Domésticos	<b>2,21</b> (0,29)	2,23 (0,44)	<b>1,65</b> (0,53)	2,45 (0,41)	<b>2,33</b> (0,39)	<b>2,53</b> (0,42)	<b>2,00</b> (0,31)
Situação Profissional	Inativos	2,42 (0,42)	2,34 (0,55)	1,97 (0,63)	2,66 (0,48)	2,50 (0,53)	2,72 (0,53)	2,27 (0,47)
	Empregado	2,46 (0,39)	2,31 (0,49)	1,91 (0,64)	2,69 (0,48)	2,68 (0,49)	<b>2,84</b> (0,46)	2,26 (0,47)
	Desempregado	2,29 (0,43)	2,26 (0,59)	1,86 (0,65)	<b>2,45</b> (0,50)	2,44 (0,55)	2,61 (0,55)	2,07 (0,43)
	Reformado por idade ou tempo de serviço	<b>2,47</b> (0,41)	<b>2,39</b> (0,56)	<b>2,04</b> (0,56)	2,71 (0,47)	2,56 (0,54)	2,79 (0,47)	<b>2,30</b> (0,45)
	Reformado antecipadamente	2,45 (0,42)	<b>2,20</b> (0,56)	1,89 (0,82)	<b>2,72</b> (0,58)	<b>2,75</b> (0,39)	2,75 (0,59)	2,28 (0,43)
	Reformado por invalidez	2,28 (0,45)	2,29 (0,52)	1,81 (0,69)	2,52 (0,47)	<b>2,26</b> (0,47)	2,55 (0,60)	2,18 (0,51)
Rendimento Familiar Mensal	Outros	<b>2,21</b> (0,29)	2,23 (0,44)	<b>1,65</b> (0,53)	<b>2,45</b> (0,41)	2,33 (0,39)	<b>2,53</b> (0,42)	<b>2,00</b> (0,31)
	Inferior a 500 €	<b>2,23</b> (0,41)	<b>2,19</b> (0,55)	<b>1,75</b> (0,59)	<b>2,42</b> (0,49)	<b>2,37</b> (0,48)	<b>2,51</b> (0,53)	<b>2,06</b> (0,42)
	De 500 a 1000 €	2,33 (0,36)	2,25 (0,49)	1,79 (0,58)	2,56 (0,43)	2,50 (0,49)	2,67 (0,45)	2,15 (0,42)
	De 10001 a 1500 €	2,39 (0,35)	2,28 (0,46)	1,81 (0,57)	2,60 (0,44)	2,60 (0,49)	2,80 (0,43)	2,21 (0,44)
	De 1501 a 2000 €	2,57 (0,41)	2,39 (0,52)	2,10 (0,72)	2,81 (0,53)	2,77 (0,48)	2,93 (0,47)	2,36 (0,48)

## Análise e Discussão dos Resultados

De 2001 a 3000 €	2,60 (0,38)	<b>2,44</b> (0,50)	<b>2,13</b> (0,69)	2,88 (0,48)	2,80 (0,47)	2,97 (0,45)	2,37 (0,48)
Superior a 3000 €	<b>2,64</b> (0,36)	2,39 (0,52)	2,06 (0,63)	<b>2,94</b> (0,40)	<b>2,92</b> (0,45)	<b>3,08</b> (0,38)	<b>2,43</b> (0,53)

No que diz respeito à análise efetuada do PEVPS relativamente à **Autoeficácia percebida** cruzámos os resultados relativamente às duas questões realizadas e obtivemos os seguintes resultados: na Questão 1: “*Consegue levar a cabo as coisas que se propõe realizar*” os scores médios mais baixos do EVPS e das suas componentes pertencem às pessoas que responderam que nunca o conseguem e os scores médios mais elevados pertencem às pessoas que responderam conseguir sempre no EVPS e nas componentes Atividade física, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do stress. As pessoas que responderam Frequentemente obtiveram o score médio mais elevado nas restantes componentes: Responsabilidade em saúde e Nutrição.

Quanto aos resultados obtidos relativamente ao score médio do PEVPS relativamente à Questão 2: “*Quando não obtém sucesso à primeira continua a insistir até conseguir*” mantêm-se os scores médios mais baixos para as pessoas que responderam Nunca e os scores médios mais elevados para as pessoas que responderam Frequentemente e Sempre, como podemos observar na Tabela 30.

**Tabela 30 - Síntese da Análise descritiva bivariada: PEVPS por Autoeficácia percebida (Questões 1 e 2)**

Variáveis		Estilo de vida promotor de saúde						
		EVPS	RS	AF	Nut	RI	CE	GS
		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Autoeficácia percebida questão 1	Nunca	1,80 (0,20)	1,87 (0,74)	1,30 (0,44)	2,13 (0,15)	2,03 (0,15)	2,00 (0,30)	1,53 (0,25)
	Algumas vezes	2,28 (0,39)	2,23 (0,51)	1,74 (0,56)	2,53 (0,48)	2,41 (0,51)	2,60 (0,50)	2,09 (0,45)
	Frequentemente	2,49 (0,38)	2,36 (0,51)	1,97 (0,64)	2,74 (0,47)	2,67 (0,47)	2,87 (0,45)	2,28 (0,44)
	Sempre	2,52 (0,39)	2,31 (0,49)	2,02 (0,70)	2,68 (0,50)	2,79 (0,49)	2,88 (0,45)	2,34 (0,49)
Autoeficácia percebida questão 2	Nunca	2,01 (0,48)	2,03 (0,58)	1,34 (0,37)	2,37 (0,63)	2,09 (0,60)	2,38 (0,69)	1,78 (0,53)
	Algumas vezes	2,29 (0,41)	2,20 (0,53)	1,76 (0,60)	2,56 (0,47)	2,42 (0,52)	2,63 (0,50)	2,11 (0,45)
	Frequentemente	2,49 (0,37)	2,36 (0,49)	1,99 (0,62)	2,73 (0,47)	2,67 (0,45)	2,86 (0,45)	2,28 (0,43)
	Sempre	2,51 (0,38)	2,36 (0,49)	1,99 (0,67)	2,69 (0,49)	2,76 (0,48)	2,87 (0,45)	2,31 (0,47)

Relativamente às **Influências interpessoais**, no que diz respeito à análise relativa ao PEVPS por **Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis** (nos últimos dois anos) verifica-se que as pessoas que referem que nunca participaram são os que apresentam scores médios mais baixos e as pessoas que participaram mais de quatro vezes são as que apresentam os scores médios mais elevados no EVPS e nas diferentes componentes.

No que respeita à utilização do Centro de Saúde no último ano os resultados relativos ao PEVPS são os seguintes: as pessoas que referem nunca ter frequentado o Centro de Saúde

obtiveram scores médios mais elevados no EVPS e em todas as componentes com exceção da Responsabilidade em saúde onde foram as pessoas que referem ter utilizado os serviços do Centro de Saúde mais de quatro vezes, no último ano, que apresentaram um score médio mais elevado, são no entanto essas pessoas que apresentam scores médios mais baixos nas restantes escalas. Sendo de referir que são as pessoas com doença crónica que referem uma maior utilização do Centro de Saúde bem como uma maior frequência dessa utilização, sendo também estas que obtiveram scores mais baixos no EVPS e em quase todas as componentes com exceção apenas da componente Responsabilidade em saúde.

Ao cruzarmos o facto de ter **recebido informação sobre promoção de estilos de vida saudáveis aquando da utilização do Centro de Saúde** com os scores médios obtidos no PEVPS verificamos que as pessoas que referiram ter recebido informação ao utilizar o Centro de Saúde obtiveram os scores mais elevados em todas as escalas e o mesmo aconteceu com as pessoas que referem ter recebido informação ao utilizarem outros serviços de saúde.

Na tabela 31 apresentamos a síntese da análise descritiva bivariada entre o PEVPS e as Influências interpessoais.

**Tabela 31 - Síntese da Análise descritiva bivariada: PEVPS por Influências interpessoais**

Variáveis		Estilo de Vida Promotor de Saúde						
		EVPS	RS	AF	Nut	RI	CE	GS
		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Participação em Atividades de Grupo de Promoção de Estilos de Vida Saudáveis	Nunca	2,38 (0,39)	2,26 (0,51)	1,81 (0,62)	2,61 (0,49)	2,57 (0,51)	2,76 (0,48)	2,20 (0,45)
	Uma vez/ano ou menos	2,50 (0,40)	2,43 (0,51)	1,96 (0,59)	2,72 (0,46)	2,72 (0,49)	2,82 (0,50)	2,25 (0,47)
	Duas a três vezes/ano	2,53 (0,34)	2,34 (0,45)	2,15 (0,52)	2,73 (0,40)	2,72 (0,47)	2,84 (0,47)	2,36 (0,49)
	Mais de 4 vezes/ano	2,65 (0,39)	2,49 (0,49)	2,40 (0,70)	2,88 (0,50)	2,78 (0,49)	2,93 (0,45)	2,38 (0,49)
Utilização dos Serviços do Centro de Saúde nos últimos 12 meses	Nunca	2,47 (0,38)	2,26 (0,49)	2,00 (0,65)	2,72 (0,51)	2,68 (0,47)	2,84 (0,43)	1,30 (0,46)
	Uma vez	2,46 (0,43)	2,28 (0,52)	1,99 (0,68)	2,66 (0,48)	2,68 (0,53)	2,80 (0,52)	2,26 (0,48)
	Duas a três vezes	2,39 (0,37)	2,32 (0,49)	1,81 (0,58)	2,63 (0,46)	2,58 (0,48)	2,71 (0,46)	2,19 (0,45)
	Mais de 4 vezes	2,37 (0,42)	2,38 (0,56)	1,81 (0,64)	2,62 (0,51)	2,49 (0,58)	2,71 (0,53)	2,16 (0,47)
Recebeu informação ao utilizar o Centro de Saúde	Não	2,36 (0,41)	2,21 (0,51)	1,82 (0,65)	2,59 (0,48)	2,56 (0,51)	2,74 (0,50)	2,19 (0,47)
	Sim	2,45 (0,40)	2,41 (0,50)	1,91 (0,62)	2,67 (0,47)	2,62 (0,53)	2,78 (0,50)	2,22 (0,45)
Recebeu informação ao utilizar outros Serviços de Saúde	Não	2,41 (0,40)	2,27 (0,51)	1,88 (0,64)	2,64 (0,49)	2,60 (0,51)	2,77 (0,49)	2,21 (0,47)
	Sim	2,52 (0,37)	2,44 (0,47)	2,00 (0,68)	2,73 (0,48)	2,70 (0,49)	2,86 (0,44)	2,33 (0,43)

Na análise efetuada do PEVPS relativamente aos **Comportamentos de risco**, no que respeita ao **Consumo de tabaco** verificamos que os respondentes que se classificaram como fumadores ocasionais são os que apresentam os scores médios mais elevados no EVPS e em todas as



componentes com exceção da Atividade física e Relações interpessoais cujo score médio mais elevado foi obtido por aqueles que classificaram como ex-fumadores. Os scores médios mais baixos foram obtidos pelos não fumadores no EVPS e em todas as componentes com exceção da Atividade física e Nutrição onde foram os fumadores que obtiveram os scores médios mais baixos, tendo obtido o mesmo valor que os não fumadores no EVPS.

No que respeita ao cruzamento do PEVPS com o **Consumo de álcool** verificamos que os respondentes cujo consumo foi classificado de baixo, no AUDIT C, obtiveram os scores médios mais elevados em todas as escalas do PEVPS. Os scores médios mais baixos foram obtidos pelas pessoas classificadas como abstinentes a nível do EVPS e das componentes Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*, as pessoas cujo consumo de álcool foi classificado como Excessivo obtiveram o score médio mais baixo nas restantes três componentes.

Na tabela 32 apresentamos a síntese da análise descritiva bivariada entre o PEVPS e os Comportamentos de risco.

**Tabela 32 - Síntese da Análise descritiva bivariada: PEVPS por Comportamentos de risco**

Variáveis		Estilo de vida promotor de saúde						
		EVPS	RS	AF	Nut	RI	CE	GS
		Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Consumo de Tabaco	Não Fumador	2,41 (0,41)	2,29 (0,50)	1,90 (0,65)	2,67 (0,48)	2,60 (0,52)	2,75 (0,50)	2,20 (0,46)
	Fumador	2,41 (0,40)	2,30 (0,49)	1,83 (0,61)	2,58 (0,51)	2,62 (0,52)	2,82 (0,49)	2,25 (0,47)
	Fumador ocasional	2,47 (0,37)	2,36 (0,55)	1,95 (0,59)	2,69 (0,47)	2,65 (0,48)	2,84 (0,41)	2,28 (0,43)
	Ex Fumador	2,46 (0,39)	2,32 (0,52)	1,96 (0,66)	2,68 (0,48)	2,66 (0,48)	2,81 (0,46)	2,28 (0,46)
Consumo de Álcool – Classificação AUDIT C	Abstinente	2,36 (0,41)	2,30 (0,49)	1,82 (0,63)	2,64 (0,49)	2,51 (0,51)	2,68 (0,51)	2,13 (0,46)
	Consumo Baixo	2,50 (0,39)	2,35 (0,50)	2,01 (0,66)	2,72 (0,48)	2,70 (0,51)	2,85 (0,45)	2,31 (0,48)
	Consumo Excessivo	2,37 (0,37)	2,18 (0,53)	1,80 (0,57)	2,52 (0,48)	2,62 (0,46)	2,82 (0,46)	2,24 (0,39)

Para confirmar as relações entre a variável dependente e as variáveis independentes recorreremos à análise inferencial, através da utilização de testes não paramétricos, que passamos a apresentar.

## 2.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Através da análise inferencial estudámos as relações existentes entre a variável dependente e as variáveis independentes. De seguida apresentamos os resultados dando relevância aos estatisticamente significativos, ou seja aqueles que obtiveram um nível de significância inferior a 0,05 ( $p < .05$ ). Realçamos também os resultados cujo nível de significância foi inferior a 0,01 (quando a probabilidade de o resultado se dever ao acaso é apenas 1%) e 0,001 (quando a probabilidade de o resultado se dever ao acaso é apenas 1 em cada 1000 vezes) (Martins, 2011).



Para analisarmos os efeitos recíprocos entre as variáveis quantitativas e variáveis qualitativas ordinais em estudo, utilizámos o Coeficiente de Correlação de Spearman cujos resultados (Tabela 33) serão tidos em conta ao analisarmos as relações entre a variável dependente – Estilo de Vida Promotor de Saúde – e as variáveis independentes que constituem o Modelo de análise adotado para este estudo, nomeadamente as que compõem os *Fatores pessoais socioculturais*, *Fatores pessoais biológicos* e *Fator pessoal psicológico*, a *Autoeficácia percebida* e as *Influências interpessoais* e também o *Consumo de tabaco* e *Consumo de álcool*. Considerámos, no entanto, importante analisar as relações entre as variáveis independentes quantitativas e qualitativas ordinais pelo que passamos a apresentar alguns aspetos que se evidenciaram nessa análise. As relações destas variáveis independentes com a variável dependente serão analisados nos próximos subpontos.

Foi-nos possível observar que existe uma correlação positiva entre a variável **Idade** e as variáveis: IMC, Autoperceção do estado da saúde<sup>67</sup> e Utilização dos serviços do Centro de Saúde; e uma correlação negativa com as variáveis: Nível de escolaridade, Rendimento familiar mensal e Consumo de álcool. Significando que as pessoas mais velhas deste grupo etário apresentam um IMC mais elevado, uma maior Utilização dos serviços do Centro de Saúde, uma Autoperceção da saúde mais negativa, um menor Nível de escolaridade, um menor Rendimento familiar mensal e um menor Consumo de álcool.

No que diz respeito ao **IMC**, esta variável tem, para além do já referido, uma correlação positiva com a Autoperceção do estado da saúde e com a Utilização dos serviços do Centro de Saúde, correlacionando-se negativamente com a Autoeficácia percebida, o Nível de escolaridade e o Rendimento familiar mensal. Significando que a um IMC mais elevado se associa uma maior Idade, uma Autoperceção da saúde mais negativa, uma maior Utilização dos serviços do Centro de Saúde, uma menor Autoeficácia percebida, um menor Nível de escolaridade e um menor Rendimento familiar mensal.

No que respeita ao **Consumo de álcool**, para além do já referido, há também uma correlação negativa com a Autoperceção do estado da saúde e com a Utilização dos serviços do Centro de Saúde, há no entanto uma correlação positiva com a Autoeficácia percebida e com o Rendimento familiar mensal. Significando que a um Consumo de álcool mais elevado se associa uma menor Idade, uma Autoperceção geral da saúde mais positiva, uma menor Utilização dos serviços do Centro do Saúde, uma maior Autoeficácia e um maior Rendimento familiar mensal.

No que respeita à **Autoeficácia percebida** esta, para além do já referido, correlaciona-se de forma positiva com o Nível de escolaridade, o Rendimento familiar mensal e com a Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis e negativamente com a Autoperceção do estado da saúde. Significando que a uma maior Autoeficácia percebida se associa

---

<sup>67</sup> Autoperceção Geral da Saúde, tendo em conta a forma como esta variável foi avaliada (1 – Muito Bom; 2 – Bom; 3 – Razoável; 4 – Mau; 5 – Muito Mau), uma correlação positiva com esta variável significa uma associação com uma perceção mais negativa do estado de saúde e uma correlação negativa significa uma associação com uma perceção mais positiva do estado de saúde).

um maior Nível de escolaridade, um maior Rendimento familiar mensal, uma maior Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis, uma Autoperceção do estado da saúde mais positiva e um IMC mais baixo.

O **Nível de escolaridade**, para além do referido, correlaciona-se positivamente com o Rendimento familiar mensal e com a Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis e negativamente com a com a Autoperceção do estado da saúde e com a Utilização dos serviços do Centro de Saúde. Significando que a um maior Nível de escolaridade se associa uma menor Idade, um menor IMC, uma menor Utilização dos serviços do Centro de Saúde, uma maior Autoeficácia percebida, um maior Rendimento familiar mensal, uma Autoperceção do estado da saúde mais positiva e uma maior Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis.

O **Rendimento familiar mensal**, para além do já referido, está ainda correlacionado de forma negativa à Autoperceção do estado da saúde e à Utilização dos serviços do Centro de Saúde. Significando que a um Rendimento familiar mensal mais elevado se associa uma menor Idade, um menor IMC, um maior Consumo de álcool, uma maior Autoeficácia percebida, um maior Nível de escolaridade, uma Autoperceção do estado da saúde mais positiva, uma maior Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis e uma menor Utilização dos serviços do Centro do Saúde.

A **Autoperceção do estado da saúde**, para além do já referido, também se correlaciona negativamente com a Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis e positivamente com a Idade e com a Utilização dos serviços do Centro de Saúde. Significando que uma Autoperceção do estado da saúde mais positiva se associa uma menor idade, um menor IMC, uma menor Utilização dos serviços do Centro de Saúde, um maior Consumo de álcool, uma maior Autoeficácia percebida, um maior Nível de escolaridade, um maior Rendimento familiar mensal e uma maior Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis.

Para além do já referido, a **Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis** (nos últimos 2 anos) correlaciona-se também positivamente com a Utilização dos serviços do Centro de Saúde. Significando que a uma maior Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis se associa a um maior Nível de escolaridade, uma maior Autoeficácia percebida, uma maior Utilização dos serviços do Centro de Saúde e uma Autoperceção do estado da Saúde mais positiva.

Podemos afirmar ainda, que uma maior **Utilização dos serviços do Centro de Saúde** (nos últimos 12 meses) está associada a uma maior Idade, um maior IMC, uma menor Autoeficácia percebida, um menor Nível de escolaridade, um menor Rendimento familiar mensal, uma Autoperceção do estado da saúde mais negativa, um menor Consumo de álcool e uma maior Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis.

## Análise e Discussão dos Resultados

**Tabela 33 - Correlação Bivariada entre as variáveis quantitativas e qualitativas ordinais em estudo (n=894) através do Coeficiente de Correlação de Spearman**

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Idade	1															
2. IMC	.118	1														
	.000															
3. Consumo de álcool: AUDIT C	-.092	-.019	1													
	.006	.564														
4. Autoeficácia percebida	-.064	-.134	.124	1												
	.054	.000	.000													
5. EVPS (score global HPLP II)	-.091	-.139	.034	.280	1											
	.006	.000	.307	.000												
6. Responsabilidade em saúde	-.015	-.056	-.074	.132	.747	1										
	.659	.096	.027	.000	.000											
7. Atividade física	-.029	-.168	.028	.190	.732	.475	1									
	.379	.000	.403	.000	.000	.000										
8. Nutrição	-.050	-.127	-.083	.144	.755	.562	.491	1								
	.137	.000	.013	.000	.000	.000	.000									
9. Relações interpessoais	-.128	-.071	.089	.328	.800	.483	.426	.494	1							
	.000	.034	.008	.000	.000	.000	.000	.000								
10. Crescimento espiritual	-.108	-.106	.104	.245	.751	.494	.346	.509	.702	1						
	.001	.002	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000							
11. Gestão do stress	-.041	-.078	.116	.231	.771	.494	.590	.473	.641	.495	1					
	.218	.020	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000						
12. Nível de escolaridade	-.305	-.187	.058	.114	.359	.227	.245	.336	.311	.319	.227	1				
	.000	.000	.084	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000					
13. Rendimento familiar mensal	-.176	-.083	.177	.096	.335	.160	.204	.330	.321	.338	.246	.651	1			
	.000	.013	.000	.004	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000				
14. Autopercepção do estado da saúde	.190	.081	-.253	-.234	-.236	-.021	-.197	-.154	-.305	-.223	-.251	-.264	-.273	1		
	.000	.015	.000	.000	.000	.534	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000			
15. Participação em atividades de grupo	.022	-.065	-.017	.072	.221	.147	.272	.170	.156	.104	.119	.153	.055	-.076	1	
	.517	.052	.622	.032	.000	.000	.000	.000	.000	.002	.000	.000	.101	.024		
16. Utilização dos serviços do CS	.172	.109	-.208	-.058	-.096	.069	-.123	-.081	-.119	-.099	-.115	-.152	-.176	.330	.119	1
	.000	.001	.000	.085	.004	.038	.000	.016	.000	.003	.001	.000	.000	.000	.000	

**Notas:** Nas colunas, as variáveis são identificadas com o número que lhes é atribuído em cada linha. Para cada variável o valor da linha superior corresponde ao valor da correlação ( $r_s$ ) e o da linha inferior corresponde ao valor da significância ( $p$ ).

### 2.2.1. Relação entre os fatores pessoais biológicos e o estilo de vida promotor de saúde

No que respeita às relações entre os Fatores pessoais biológicos e o Estilo de vida promotor de saúde podemos afirmar, pela análise efetuada através do Coeficiente de Correlação de Spearman (Tabela 33), que a **Idade** se correlaciona negativamente com o EVPS ( $r_s = -.091$ ,  $p < .01$ ), e com duas das suas componentes: Relações interpessoais ( $r_s = -.128$ ,  $p < .001$ ) e Crescimento espiritual ( $r_s = -.108$ ,  $p < .01$ ). Esta correlação negativa dá-nos indicação de que neste grupo etário, quanto mais velhas forem as pessoas menores serão os scores do EVPS e das suas componentes: Relações Interpessoais e Crescimento Espiritual.

Quanto ao **IMC** este correlaciona-se negativamente com o EVPS ( $r_s = -.139$ ,  $p < .001$ ) e com cinco das suas componentes: Atividade física ( $r_s = -.168$ ,  $p < .001$ ), Nutrição ( $r_s = -.127$ ,  $p < .001$ ), Relações interpessoais ( $r_s = -.071$ ,  $p < .05$ ), Crescimento espiritual ( $r_s = -.106$ ,  $p < .01$ ) e Gestão do stress ( $r_s = -.078$ ,  $p < .05$ ). Esta correlação negativa dá-nos indicação de quanto maior for o IMC menores serão os scores ao nível do EVPS e das cinco componentes referidas.

Para analisarmos a relação existente entre o Estilo de vida promotor de saúde e os Fatores pessoais biológicos: Género e Existência de doença crónica usámos o Teste U de Mann-Whitney (Tabela 34).

**Tabela 34 - Resultados do Teste Mann-Whitney: Relação entre o Estilo de vida promotor de saúde e as variáveis Género e Existência de doença crónica**

Estilo de vida promotor de saúde	Género		Existência de doença crónica	
	<i>U</i>	Sig. (2-tailed)	<i>U</i>	Sig. (2-tailed)
<b>EVPS (score global HPLP II)</b>	96509.000	-.697	90127.500	<b>.011</b>
<b>Responsabilidade em saúde</b>	85466.000	<b>.000</b>	93091.500	.078
<b>Atividade física</b>	90775.500	<b>.029</b>	85793.500	<b>.000</b>
<b>Nutrição</b>	89481.000	<b>.011</b>	94125.000	.135
<b>Relações interpessoais</b>	91874.500	.057	84310.500	<b>.000</b>
<b>Crescimento espiritual</b>	94791.500	.252	91736.000	<b>.035</b>
<b>Gestão do stress</b>	81648.000	<b>.000</b>	87915.500	<b>.002</b>

De acordo com resultados obtidos verifica-se que existem diferenças significativas relativamente ao **Género** componentes: Responsabilidade em saúde, Atividade física, Nutrição e Gestão do stress. Confirmando-se que as mulheres apresentam índices superiores ao nível da Responsabilidade em saúde ( $2.37 \pm 0.50$  vs  $2.23 \pm 0.51$ ;  $p < .01$ ) e ao nível da Nutrição ( $2.69 \pm 0.48$  vs  $2.61 \pm 0.50$ ;  $p < .05$ ) e que os homens apresentam índices superiores ao nível da Atividade física ( $1.97 \pm 0.68$  vs  $1.85 \pm 0.60$ ;  $p < .05$ ) e ao nível da Gestão do stress ( $2.30 \pm 0.45$  vs  $2.17 \pm 0.47$ ;  $p < .01$ ).

No que respeita à **Existência de doença crónica** verifica-se também a existência de diferenças significativas ao nível do EVPS e nos seguintes componentes: Atividade física, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do stress. Confirma-se assim que as pessoas que referem não ter doença crónica apresentam níveis superiores ao nível do EVPS ( $2.46 \pm 0.42$  vs  $2.36 \pm 0.38$ ;  $p < .05$ ), ao nível da Atividade física ( $2.34 \pm 0.48$  vs  $2.27 \pm 0.53$ ;  $p < .01$ ), ao nível das

Relações interpessoais ( $2.68 \pm 0.51$  vs  $2.55 \pm 0.47$ ;  $p < .01$ ), ao nível do Crescimento espiritual ( $2.82 \pm 0.47$  vs  $2.75 \pm 0.50$ ;  $p < .01$ ) e ao nível da Gestão do *stress* ( $2.28 \pm 0.47$  vs  $2.18 \pm 0.46$ ;  $p < .05$ ).

### **2.2.2. Relação entre o fator pessoal psicológico: autoperceção do estado de saúde e o estilo de vida promotor de saúde**

No que respeita às relações entre o fator pessoal psicológico selecionado para este estudo: **Autoperceção do estado de saúde** e o Estilo de vida promotor de saúde é-nos possível dizer pela análise efetuada através do Coeficiente de Correlação de Spearman (Tabela 33) que a Autoperceção do estado de saúde correlaciona-se negativamente com o EVPS ( $r_s = -.236$ ,  $p < .001$ ) e com cinco das suas componentes: Atividade física ( $r_s = -.197$ ,  $p < .001$ ), Nutrição ( $r_s = -.154$ ,  $p < .001$ ), Relações interpessoais ( $r_s = -.305$ ,  $p < .001$ ), Crescimento espiritual ( $r_s = -.223$ ,  $p < .001$ ) e Gestão do *stress* ( $r_s = -.251$ ,  $p < .001$ ). Estes resultados significam que a uma autoperceção mais positiva do estado de saúde corresponde um score mais elevado nessas diferentes componentes do PEVPS e vice-versa. Não se confirmou a associação entre a Autoperceção do estado da saúde e a componente Responsabilidade em saúde.

### **2.2.3. Relação entre os fatores pessoais socioculturais e o estilo de vida promotor de saúde**

Procurando descrever as relações entre os fatores pessoais Socioculturais e o Estilo de vida promotor de saúde é-nos possível dizer, pela análise efetuada através do Coeficiente de Correlação de Spearman (Tabela 33), que o **Nível de escolaridade** se correlaciona positiva e significativamente com o EVPS ( $r_s = .359$ ,  $p < .001$ ) e com cada uma das suas componentes: Responsabilidade em saúde ( $r_s = .227$ ,  $p < .001$ ), Atividade física ( $r_s = .245$ ,  $p < .001$ ), Nutrição ( $r_s = .336$ ,  $p < .001$ ); Relações interpessoais ( $r_s = .311$ ,  $p < .001$ ), Crescimento espiritual ( $r_s = .319$ ,  $p < .001$ ) e Gestão do *stress* ( $r_s = .227$ ,  $p < .001$ ). Tratando-se de uma associação positiva podemos concluir que a um maior Nível de escolaridade se associam scores mais elevados em todas as componentes do PEVPS.

Também o **Rendimento familiar mensal** se correlaciona positiva e significativamente com o EVPS ( $r_s = .335$ ,  $p < .001$ ) e com cada uma das suas componentes: Responsabilidade em saúde ( $r_s = .160$ ,  $p < .001$ ), Atividade física ( $r_s = .204$ ,  $p < .001$ ), Nutrição ( $r_s = .330$ ,  $p < .001$ ); Relações interpessoais ( $r_s = .321$ ,  $p < .001$ ), Crescimento espiritual ( $r_s = .338$ ,  $p < .001$ ) e Gestão do *stress* ( $r_s = .246$ ,  $p < .001$ ). Tratando-se de uma associação positiva podemos concluir que também a um maior rendimento se associam scores mais elevados em todas as componentes do PEVPS.

Relativamente às relações entre o PEVPS e **Local de residência**, a realização do Teste Kruskal-Wallis confirmou a existência de diferenças significativas entre os diferentes concelhos onde os inquiridos residem (Tabela 35). Confirma-se assim que os adultos de meia-idade residentes no concelho de Alvito apresentam índices superiores em todas as componentes do PEVPS (EVPS  $2.68 \pm 0.40$ ; Responsabilidade em saúde  $2.53 \pm 0.41$ ; Atividade física  $2.18 \pm 0.68$ ; Nutrição  $2.90 \pm 0.44$ ; Relações interpessoais  $2.89 \pm 0.48$ ; Crescimento espiritual  $3.08 \pm 0.53$  e Gestão do *stress*  $2.41$

$\pm 0.41$ ). Por outro lado os índices mais baixos relativamente ao Estilo de vida promotor de saúde foram obtidos pelos residentes em Barrancos ao nível de três componentes (Responsabilidade em saúde  $1.98 \pm 0.50$ ; Nutrição  $2.26 \pm 0.35$ ; Relações interpessoais  $2.33 \pm 0.49$ ) e Vidigueira no EVPS e nas restantes componentes (EVPS  $2.13 \pm 0.30$ ; Atividade física  $1.54 \pm 0.49$ ; Crescimento espiritual  $2.44 \pm 0.45$  e Gestão do stress  $1.98 \pm 0.40$ ).

**Tabela 35 - Resultados do Teste Kruskal-Wallis: Relação entre o Estilo de vida promotor de saúde e o Local de residência**

Estilo de vida promotor de saúde	Local de Residência	
	$\chi^2$	Sig.
EVPS (score global HPLP II)	65.029	.000
Responsabilidade em saúde	59.609	.000
Atividade física	36.679	.000
Nutrição	47.555	.000
Relações interpessoais	49.470	.000
Crescimento espiritual	39.830	.000
Gestão do stress	36.213	.000

As relações entre o Estilo de vida promotor de saúde e o Estado civil e o Tipo de família foram também estudadas através do Teste Kruskal-Wallis – Tabela 36 – que confirma a existência de diferenças significativas entre as diferentes categorias do **Estado civil**, confirmando-se que os solteiros apresentam índices mais elevados ao nível das seguintes componentes do PEVPS: EVPS  $2.53 \pm 0.39$ ,  $p < .01$ ; Nutrição  $2.77 \pm 0.49$ ,  $p < .05$ ; Relações interpessoais  $2.71 \pm 0.51$ ,  $p < .001$ ; Crescimento espiritual  $2.84 \pm 0.53$ ,  $p < .01$  e Gestão do stress  $2.37 \pm 0.49$ ,  $p < .05$ . Por outro lado os índices mais baixos relativamente ao PEVPS foram obtidos pelos viúvos: EVPS  $2.30 \pm 0.43$ ,  $p < .01$ ; Nutrição  $2.55 \pm 0.46$ ,  $p < .05$ ; Relações interpessoais  $2.39 \pm 0.51$ ,  $p < .001$ ; Crescimento espiritual  $2.52 \pm 0.50$ ,  $p < .01$  e Gestão do stress  $2.12 \pm 0.51$ ,  $p < .05$ .

No que respeita à relação entre Estilo de vida promotor de saúde e o **Tipo de família**, o Teste Kruskal-Wallis apenas confirma a existência de diferenças significativas no que diz respeito à componente Crescimento espiritual, sendo os adultos de meia-idade pertencentes a famílias nucleares com filhos os que apresentam scores mais elevados ao nível desta componente ( $2.84 \pm 0.45$ ,  $p < .05$ ) enquanto os adultos de meia-idade que vivem sozinhos (família unitária) apresentam os scores mais baixos ao nível desta componente ( $2.65 \pm 0.50$ ,  $p < .05$ ).

**Tabela 36 - Resultados do Teste Kruskal-Wallis: Relação entre o Estilo de vida promotor de saúde e as variáveis Estado civil e Tipo de família**

Estilo de vida promotor de saúde	Estado civil		Tipo de família	
	$\chi^2$	Sig.	$\chi^2$	Sig.
EVPS (score global HPLP II)	12.875	.005	2.653	.618
Responsabilidade em saúde	3.920	.270	1.219	.875
Atividade física	2.708	.439	.873	.928
Nutrição	8.291	.040	.942	.918
Relações interpessoais	19.181	.000	7.337	.119
Crescimento espiritual	16.573	.001	10.522	.032
Gestão do stress	10.869	.012	.719	.949

As relações entre o Estilo de vida promotor de saúde e o Grupo profissional e a Situação profissional também foram estudadas através do Teste Kruskal-Wallis (Tabela 37) que confirma a existência de diferenças significativas no Estilo de vida promotor de saúde entre as diferentes categorias do Grupo profissional e da Situação profissional (com exceção, neste caso, para a componente Responsabilidade em saúde).

No que respeita ao **Grupo Profissional**, confirmou-se que os adultos de meia-idade pertencentes ao grupo Representantes do poder e dirigentes apresentam índices superiores em todas as componentes do PEVPS: EVPS  $2.70 \pm 0.43$ ,  $p < .001$ ; Responsabilidade em saúde  $2.44 \pm 0.47$ ,  $p < .001$ ; Atividade física  $2.28 \pm 0.77$ ,  $p < .001$ ; Relações interpessoais  $2.98 \pm 0.55$ ,  $p < .001$ ; Crescimento espiritual  $3.06 \pm 0.48$ ,  $p < .001$  e Gestão do *stress*  $2.51 \pm 0.38$ ,  $p < .001$ , com exceção da componente Nutrição, cujo score médio mais elevado foi obtido pelas pessoas pertencentes ao grupo Especialistas das atividades intelectuais ( $3.01 \pm 0.43$ ,  $p < .001$ ). Por outro lado os índices mais baixos relativamente ao PEVPS foram obtidos pelo grupo Domésticos ao nível do EVPS e em quatro componentes: EVPS  $2.21 \pm 0.29$ ,  $p < .001$ ; Atividade física  $1.65 \pm 0.53$ ,  $p < .001$ ; Relações interpessoais  $2.33 \pm 0.30$ ,  $p < .001$ ; Crescimento espiritual  $2.53 \pm 0.42$ ,  $p < .001$  e Gestão do *stress*  $1.98 \pm 0.40$ ,  $p < .001$ . Os scores médios mais baixos relativos à componente Responsabilidade em saúde foram obtidos pelos adultos de meia-idade que pertencem ao Grupo Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices ( $2.10 \pm 0.45$ ,  $p < .001$ ); quanto à componente Nutrição o score médio mais baixo foi obtido pelas pessoas pertencentes ao Grupo Trabalhadores não qualificados ( $2.43 \pm 0.47$ ,  $p < .001$ ).

Quanto à **Situação profissional**, verificamos que as pessoas que referiram pertencer à categoria Outros que como já referimos anteriormente coincide com a categoria Domésticos analisada na tabela anterior, são aquelas que obtiveram um score médio mais baixo na maioria das componentes do PEVPS: EVPS  $2.21 \pm 0.29$ ,  $p < .001$ ; Atividade física  $1.65 \pm 0.53$ ,  $p < .01$ ; Nutrição  $2.45 \pm 0.41$ ,  $p < .001$ ; Crescimento espiritual  $2.53 \pm 0.42$ ,  $p < .001$  e Gestão do *stress*  $2.00 \pm 0.31$ ,  $p < .001$ . Quanto à componente Relações Interpessoais o score médio mais baixo foi obtido pelas pessoas reformadas por invalidez ( $2.26 \pm 0.30$ ,  $p < .001$ ). Relativamente aos scores médios mais elevados os respondentes pertencentes à Situação profissional Reformado por tempo de serviço ou idade obtiveram os scores médios mais elevados ao nível do EVPS ( $2.47 \pm 0.41$ ,  $p < .001$ ) bem como das componentes Atividade física ( $2.04 \pm 0.56$ ,  $p < .001$ ) e Gestão do *stress* ( $2.30 \pm 0.45$ ,  $p < .001$ ). Para a componente Nutrição o score médio mais elevado foi obtido pelas pessoas reformadas antecipadamente ( $2.72 \pm 0.58$ ,  $p < .001$ ) que também obtiveram o score médio mais elevado ao nível das Relações interpessoais ( $2.75 \pm 0.36$ ,  $p < .001$ ). O score médio mais elevado na componente Crescimento espiritual foi obtido pelas pessoas empregadas ( $2.84 \pm 0.46$ ,  $p < .001$ ).



**Tabela 37 - Resultados do Teste Kruskal-Wallis: Relação entre o Estilo de vida promotor de saúde e as variáveis Grupo profissional e Situação profissional**

Estilo de vida promotor de saúde	Grupo profissional		Situação profissional	
	$\chi^2$	Sig.	$\chi^2$	Sig.
EVPS (score global HPLP II)	105.746	.000	31.141	.000
Responsabilidade em saúde	34.732	.000	5.575	.350
Atividade física	54.787	.000	15.223	.009
Nutrição	125.699	.000	27.964	.000
Relações interpessoais	95.597	.000	55.433	.000
Crescimento espiritual	84.369	.000	33.891	.000
Gestão do stress	54.003	.000	23.620	.000

#### 2.2.4. Relação entre a autoeficácia percebida e o estilo de vida promotor de saúde

Relativamente à **Autoeficácia percebida** é-nos possível dizer pela análise efetuada através do Coeficiente de Correlação de Spearman (Tabela 33) que esta se correlaciona positivamente com o EVPS ( $r_s = .280$ ,  $p < .001$ ) e com cada uma das suas componentes: Responsabilidade em saúde ( $r_s = .132$ ,  $p < .001$ ), Atividade física ( $r_s = .190$ ,  $p < .001$ ), Nutrição ( $r_s = .144$ ,  $p < .001$ ); Relações interpessoais ( $r_s = .328$ ,  $p < .001$ ), Crescimento espiritual ( $r_s = .245$ ,  $p < .001$ ) e Gestão do stress ( $r_s = .231$ ,  $p < .001$ ). Donde podemos concluir que a uma maior autoeficácia percebida se associam scores mais elevados em todas as componentes do PEVPS.

Sentimos ainda necessidade de analisar as relações entre a Autoeficácia percebida e a componente de risco do Estilo de vida – avaliada nesta investigação através do consumo de álcool e de tabaco. Podemos então afirmar que a Autoeficácia percebida também se correlaciona de forma positiva com o Consumo de álcool ( $r_s = .124$ ,  $p < .001$ ), significando que a uma maior Autoeficácia percebida se associa um maior consumo de álcool e vice-versa.

Relativamente às relações entre o Consumo de tabaco e a Autoeficácia percebida a realização do Teste Kruskal-Wallis não confirmou a existência de diferenças significativas entre as diferentes categorias ( $\chi^2 = 1.344$ ;  $p = .719$ ).

#### 2.2.5. Relação entre as influências interpessoais e o estilo de vida promotor de saúde

Relativamente à **Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis** (nos últimos dois anos) é-nos possível dizer pela análise efetuada através do Coeficiente de Correlação de Spearman (Tabela 33) que esta se correlaciona positiva e significativamente com o EVPS ( $r_s = .221$ ,  $p < .001$ ) e com cada uma das suas componentes: Responsabilidade em saúde ( $r_s = .147$ ,  $p < .001$ ), Atividade física ( $r_s = .272$ ,  $p < .001$ ), Nutrição ( $r_s = .170$ ,  $p < .001$ ); Relações interpessoais ( $r_s = .156$ ,  $p < .001$ ), Crescimento espiritual ( $r_s = .104$ ,  $p < .01$ ) e Gestão do stress ( $r_s = .119$ ,  $p < .001$ ). Donde podemos concluir que a uma maior Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis se associam scores mais elevados em todas as componentes do PEVPS.

No que respeita às relações entre a **Utilização dos serviços do Centro de Saúde** e o Estilo de vida promotor de saúde é-nos possível dizer pela análise efetuada através do Coeficiente de



Correlação de Spearman (Tabela 33) que esta variável se correlaciona negativamente com o EVPS ( $r_s = -.096$ ,  $p < .01$ ) e com cinco das suas componentes: Atividade física ( $r_s = -.123$ ,  $p < .001$ ); Nutrição ( $r_s = -.081$ ,  $p < .05$ ); Relações interpessoais ( $r_s = -.119$ ,  $p < .001$ ); Crescimento espiritual ( $r_s = -.099$ ,  $p < .01$ ) e Gestão do *stress* ( $r_s = -.115$ ,  $p < .01$ ), correlacionando-se positivamente com a componente Responsabilidade em saúde ( $r_s = .069$ ,  $p < .05$ ). Estes resultados permitem-nos concluir que uma maior utilização dos serviços do Centro de Saúde se associa a piores resultados ao nível da Atividade física, Nutrição, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*, associando no entanto a melhores resultados na Responsabilidade em saúde.

#### 2.2.6. Relação entre os comportamentos de risco e o estilo de vida promotor de saúde

No que respeita às relações entre o Consumo de álcool e o Estilo de vida promotor de saúde é-nos possível dizer pela análise efetuada através do Coeficiente de Correlação de Spearman (Tabela 33) que este se correlaciona negativamente com duas componentes do PEVPS: Responsabilidade em saúde ( $r_s = -.074$ ,  $p < .05$ ) e Nutrição ( $r_s = -.083$ ,  $p < .05$ ). Correlacionando-se positivamente com três componentes: Relações interpessoais ( $r_s = .089$ ,  $p < .01$ ), Crescimento espiritual ( $r_s = .104$ ,  $p < .01$ ) e Gestão do *stress* ( $r_s = .116$ ,  $p < .01$ ). O que nos permite inferir que a um maior consumo de álcool se associa scores mais baixos relativamente à Responsabilidade em saúde e à Nutrição e scores mais elevados no que respeita às Relações interpessoais, ao Crescimento espiritual e à Gestão do *stress*.

Relativamente às relações entre o Consumo de tabaco e o Estilo de vida promotor de saúde a realização do Teste Kruskal-Wallis não confirmou a existência de diferenças significativas entre as várias categorias de Consumo de tabaco (Tabela 38).

**Tabela 38 - Resultados do Teste Kruskal-Wallis: Relação entre o Estilo de vida promotor de saúde e o Consumo de tabaco**

Estilo de vida promotor de saúde	Consumo de Tabaco	
	$\chi^2$	Sig.
EVPS (score global HPLP II)	3.270	.352
Responsabilidade em saúde	1.586	.663
Atividade física	4.021	.259
Nutrição	4.417	.220
Relações interpessoais	1.707	.635
Crescimento espiritual	3.077	.380
Gestão do <i>stress</i>	7.039	.071

#### 2.1.7. Relação entre as diferentes componentes do estilo de vida promotor de saúde

Ao analisarmos a variável dependente Estilo de vida promotor de saúde, traduzida no score total do HPLP II (EVPS) e no score das suas seis Subescalas: Responsabilidade em saúde, Atividade física, Nutrição; Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*, relativamente ao Coeficiente de Correlação de Spearman (Tabela 33) verifica-se que há uma correlação positiva e significativa entre os diferentes componentes.

## 2.3. SÍNTESE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo tem como objetivo fazer uma síntese dos resultados acompanhada da sua discussão. Esta discussão está condicionada ao referencial teórico e ao modelo de análise que utilizámos para este estudo onde procuramos relacionar os fatores que nos pareceram ser teoricamente relevantes para relacionar com o Estilo de vida promotor de saúde (Pender et al., 2011). Através da análise descritiva, começamos por traçar um perfil-tipo das pessoas de meia-idade que compõem a nossa amostra, colocando em destaque os aspetos que se evidenciaram.

Relativamente aos **fatores pessoais biológicos**, o perfil-tipo corresponde a pessoas com uma média de idade de 54 anos, do género feminino (54,3%), com peso acima do recomendado pela OMS (62,7%), reportando um IMC médio de 26,7 Kg/m<sup>2</sup> (onde se destacam as pessoas com pré-obesidade: 43,5%), sem doença crónica (50,9%) mas consumindo habitualmente medicamentos (53,2%). É no entanto de assinalar que 49,1% dos inquiridos reportam pelo menos uma doença crónica, sendo as mais frequentes: a HTA (23,5%) e a Diabetes (10,7%) e os Problemas músculo-esqueléticos (9,1%). Relativamente a co-morbilidades destaca-se que 6,6% dos inquiridos reportam HTA e Diabetes.

O peso acima do recomendado pela OMS é uma realidade para a maioria das pessoas inquiridas, sendo consonante com a elevada prevalência deste problema de saúde que atinge todos os grupos etários e sociais, a nível nacional e europeu (OCDE, 2016b). A prevalência de Excesso de peso/obesidade na nossa amostra é de 62,7%, valores superiores à média europeia para os adultos – 52% (WHO, 2013b) e também superiores à média nacional – 51,5% reportada pelo estudo realizado pelo Observatório Nacional da Atividade Física e Desporto (Baptista et al., 2011a) e também à reportada no INS 2014 (52,8%) para a população com 18 anos ou mais (INE, 2016c) aspeto que pode estar relacionado com o grupo etário por nós escolhido, pois a prevalência de excesso de peso e obesidade crescem com a idade (Baptista et al., 2011a, WHO, 2013b) e de facto um IMC mais elevado corresponde às pessoas mais velhas da nossa amostra. É, no entanto, de assinalar os resultados de um estudo de 2015 (Estudo do estado de saúde da população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos de idade: Barreto et al., 2016) onde é apresentada uma prevalência superior de excesso de peso e obesidade na população entre os 25 e os 74 anos (67,6%). Quando colocamos em destaque a obesidade (com uma prevalência de 19,2% na nossa amostra) verificamos que a nossa amostra também apresenta resultados inferiores aos valores nacionais apresentados no referido estudo (Barreto et al., 2016) onde a prevalência de um IMC  $\geq 30$  Kg/m<sup>2</sup> era de 28,7% e também inferiores à prevalência nacional (22,3%) e à da região Alentejo (27,6% - uma das regiões que apresenta a prevalência padronizada para sexo e idade mais elevada, no contexto nacional) reportadas no estudo de Lopes et al. (2017).

Nos resultados do nosso estudo, a pré-obesidade e a obesidade são mais prevalentes nos homens, o que está em discordância com o apresentado no INS 2014, onde é referido que, na

população com mais de 18 anos inquirida, a obesidade afeta sobretudo as mulheres (INE, 2016c) bem como no estudo de Lopes et al. (2017), mas em consonância com os resultados do estudo de Baptista et al. (2011a), onde na idade adulta, foi reportada a tendência para se obterem valores de excesso de peso e obesidade superiores nos homens comparativamente às mulheres. No estudo de Barreto et al. (2016) é referido que a obesidade afeta sobretudo as mulheres (entre os 25 e os 74 anos) mas, à semelhança do nosso estudo, o excesso de peso é mais prevalente nos homens.

No que respeita às doenças crónicas verificamos que quase metade das pessoas inquiridas reporta pelo menos uma doença crónica e a maioria reporta um consumo habitual de medicamentos. Sabemos que a maior parte das doenças crónicas surgem na meia-idade o que o que leva as pessoas mais velhas a consumirem um elevado número e variedade de medicamentos, quer receitados em consultas médicas quer por automedicação (Bicudo, 2009), aspeto que já parece estar presente nas pessoas de meia-idade da nossa amostra.

Das doenças crónicas referidas destacamos a HTA e a diabetes que podem surgir isoladamente ou como co-morbilidade. O destaque que damos a estas doenças crónicas deve-se à sua elevada prevalência na amostra (bem como a nível nacional) mas também porque as iniciativas transversais destinadas a reduzir a sua prevalência, através de apoio a um comportamento saudável, têm também impactos positivos num número muito maior de pessoas que sofrem de outras doenças (Crisp et al., 2014). Uma elevada prevalência de doenças crónicas (com destaque para a HTA, diabetes e obesidade), na população adulta com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos foi também reportada por Barreto et al. (2016).

Relativamente à diabetes, sabemos que o nosso país regista uma das maiores prevalências da Europa, cerca de 13,3% (prevalência total estimada, sendo de 7,5% a prevalência de diabetes diagnosticada) e um custo para o país de cerca de 1% do PIB (Crisp et al., 2014; Observatório Nacional da Diabetes, 2016), estes custos estão sobretudo ligados às medidas farmacológicas de controlo e às hospitalizações decorrentes das complicações e das agudizações desta doença crónica, no entanto há ainda que considerar que os indivíduos com diabetes apresentam maior risco de desenvolver doenças cardio-cerebrovasculares, tais como enfartes e AVC, se a doença não for diagnosticada ou se for mal controlada (Crisp et al., 2014). No caso específico da nossa amostra, a prevalência de diabetes diagnosticada nesta amostra (10,7%) é superior à prevalência nacional – 7,4% (Observatório Nacional da Diabetes, 2016) e também aos resultados do já referido estudo de Barreto et al. (2016) – 9,8%, estando no entanto ligeiramente abaixo da prevalência regional reportada no mesmo estudo onde o Alentejo era a região que apresentava a prevalência (não padronizada) de Diabetes mais elevada – 11,3%. É ainda de assinalar que a prevalência de diabetes aumenta com a idade, observando-se uma prevalência mais elevada nos indivíduos mais velhos (Observatório Nacional da Diabetes, 2016; Barreto et al., 2016).

No que respeita à HTA, a proporção de pessoas com esta patologia na nossa amostra (23,5%) está ligeiramente abaixo dos valores nacionais apresentados no INS 2014, onde 25,3% das

peçoas inquiridas referiram ter HTA, representando um agravamento face a 2005/2006 (23,4%) (INE, 2016c) e dos valores apresentados no estudo de Barreto et al. (2016) – 36,0% da população entre os 25 e os 74 anos apresentava HTA, sendo de assinalar que estes autores apontam para uma prevalência (não padronizada) de HTA na região Alentejo de 37,9% na população entre os 25 e os 74 anos. Estes resultados levam-nos a questionar se existirá um subdiagnóstico relativo a esta patologia na amostra do nosso estudo.

Importa ainda destacar o facto de existirem, nesta amostra, pessoas que reportam a existência de várias doenças crónicas, sendo cinco o máximo reportado por três respondentes, a este respeito reconhecemos a complexidade da situação, pois a multimorbilidade está associada a piores resultados de saúde, a uma gestão clínica mais complexa e ao aumento dos custos de cuidados de saúde (Vogeli et al., 2007; Valderas, Starfield, Sibbald, Salisbury & Roland, 2009).

No que respeita ao **Fator pessoal psicológico** avaliado: **Autoperceção do estado da saúde**, o perfil-tipo perceciona o seu estado de saúde como Bom (48,3%) ou Razoável (38,1%), e quando comparam o seu estado de saúde com outras pessoas da mesma idade e género consideram-no Idêntico (70,2%). Sendo de assinalar que a maioria das pessoas tem uma autoapreciação positiva do seu estado de saúde – 54,1% na classificação Muito bom e Bom, contra 7,7% na classificação de Mau ou Muito mau, o que contraria o referido por Papalia et al. (2006) que apontam para cerca de 17% das pessoas de meia-idade, dos países desenvolvidos, com uma perceção negativa do seu estado de saúde, bem como os resultados do INS 2005/2006 que apontavam para cerca de 20% de meia-idade com uma perceção negativa do estado de saúde.

No que respeita ao género, os homens têm uma autoperceção mais positiva da sua saúde (61,2% dos homens da nossa amostra percecionam o seu estado de saúde como Muito bom ou Bom e 4,9% como Mau ou Muito mau) do que as mulheres (onde 48,8% percecionam o seu Estado de Saúde como Muito bom ou Bom e 9,7% como Mau ou Muito mau). As pessoas que reportaram doenças crónicas percecionam maioritariamente a sua Saúde como Razoável (50,6%), sendo que maioria das pessoas que reportam o Estado de saúde como Mau (89,0%) e totalidade das que o reportam como Muito mau têm doenças crónicas. Os resultados apresentados são corroborados por alguns estudos onde a nível nacional quer a nível internacional. No INS 2014 eram também as mulheres que tinham uma perspetiva mais negativa do seu estado de saúde, pois apenas 45,5% avaliavam o seu estado de saúde como muito bom ou bom contra 57,9% dos homens (INE, 2016c). Resultados similares tinham sido obtidos no INS 2005/2006, onde também era assinalado que relativamente aos grupos etários a autoavaliação tornava-se mais negativa a partir dos 45 anos, sendo o peso da avaliação mau ou muito mau claramente crescente para as classes etárias mais avançadas (INSA & INE, 2009). O INS 2014 relacionou a autoperceção do estado de saúde com algumas situações crónicas, e uma autoperceção mais negativa estava diretamente relacionada com uma maior intensidade de dor física e com sintomas depressivos (INE, 2016c).

Estudos internacionais também referem que a autoperceção do estado de saúde se torna mais negativa à medida que a idade avança (Larrea, Calderín, Dueñas, Rodríguez & Díaz, 2000; Williams, Pham-Kanter & Leitsch, 2009; Singh, Arokiasamy, Singh & Rai, 2013; Tran, Nguyen, Chan & Nguyen, 2013; Nevill, Donnelly, Shibil, Foster & Murphy, 2014; Abellán, Hidalgo, Sotos, López & Jiménez, 2016; Cai, Coyte & Zhao, 2017), que as mulheres reportam uma pior autoperceção do estado de saúde (Larrea et al., 2000; Singh et al., 2013; Tran et al., 2013; Abellán et al., 2016; Cai et al., 2017), bem como as pessoas com doenças crónicas (Larrea et al., 2000; Eriksson et al., 2008; Abellán et al., 2016) sendo destacada a depressão como o principal preditor de uma autoperceção da saúde negativa, especialmente para as mulheres mais velhas (Cai, Coyte & Zhao, 2017).

Pela importância da autoperceção do estado de saúde como preditor da saúde e bem-estar e como da mortalidade das pessoas (Kirby et al., 2004; Reis, 2005; Han et al., 2005; Sillen et al., 2005; Yang, 2008; Nielsen et al., 2008; Stone et al., 2010; Pender et al., 2011) decidimos aprofundar a discussão dos seus resultados neste estudo, tendo por base a análise inferencial realizada e cujos resultados se sintetizam do seguinte modo: uma Autoperceção mais positiva do estado de saúde corresponde a um menor IMC, uma menor idade, uma menor Utilização dos serviços do Centro de Saúde, um maior Consumo de álcool, uma maior Autoeficácia percebida, um maior Nível de escolaridade, um maior Rendimento familiar mensal e uma maior Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis.

A evidência internacional assinala, em consonância com os nossos resultados, que existe uma relação entre um maior IMC e uma pior autoperceção do estado de saúde (Simonsen, Hudrup, Gronbaek & Heitmann, 2008; Prosper, Meczulski & Qureshi, 2009; Barrios-Vicedo et al., 2015; Cai et al., 2017), bem como entre um maior nível de escolaridade com uma autoperceção mais positiva do estado de saúde (Singh et al., 2013; Tran et al., 2013; Cai et al., 2017) e entre uma autoperceção mais positiva do estado de saúde e um rendimento familiar mais elevado (Larrea et al., 2000; Singh et al., 2013; Cai et al., 2017). A relação entre o consumo de álcool e uma autoperceção da saúde mais positiva também foi observada em outros estudos (Tran et al., 2013; Nevill et al., 2014). Não encontramos uma relação entre o consumo de tabaco e a autoperceção da saúde, contrariamente ao encontrado noutros estudos (Tran et al., 2013; Mood, 2013; Nevill et al., 2014; Barrios-Vicedo et al., 2015).

No que respeita aos **fatores pessoais socioculturais**, o perfil-tipo corresponde a pessoas de nacionalidade portuguesa (99,7%), casados ou em união de facto (80,1%), pertencentes a uma família nuclear (80%) onde se destacam as famílias nucleares com filhos (49,0%), com o Ensino Secundário (25,6%) ou com o 2º Ciclo do EB (22,0%), Empregados (70,7%) sobretudo nos grupos profissionais: Trabalhadores dos serviços pessoais, segurança e vendedores (20,1%), Especialistas, atividades intelectuais e científicas (17,3%) ou Pessoal administrativo (16,6%), tendo a maioria um Rendimento familiar mensal superior a 500 € (87,2%), destacando-se os Rendimentos familiares mensais: entre 501 e 1000 € (33,1%) e entre 1001 a 1500 € (17,2%).

No que respeita à **Autoeficácia percebida**, o perfil-tipo considera que frequentemente consegue levar a cabo o que se propõe realizar (44,4%) e que quando não obtém sucesso à primeira insiste sempre até conseguir (35,6%). A primeira questão obteve um score médio de 2,91 e a segunda questão obteve um score médio de 3,01. Para estes resultados e porque usámos a mesma métrica (escala de 1 a 4), decidimos aplicar os mesmos critérios de categorização que alguns autores aplicaram para os scores do HPLP II (Al-Kandari et al., 2008; Zhang et al., 2013; Al-Khawaldeh, 2014) e consideramos que para a autoeficácia percebida foi atingido um valor positivo mas moderado.

Porque acreditar na capacidade de exercer controlo sobre a vida influencia as escolhas relativas ao estilo de vida adotado durante todo o ciclo de vida e em particular no processo de envelhecimento, influenciando também a capacidade para lidar e superar as adversidades ao longo da vida e sendo determinante no nível da adaptação à mudança (e.g., a perda da vida ativa remunerada, crises ligadas ao próprio processo de envelhecimento ou o surgimento de doença crónica) (Sherwood & Jeffery, 2000; OMS, 2002; Conn et al., 2003; Easom, 2003) consideramos relevante este resultado mas consideramos também que importará desenvolver intervenções educacionais direccionadas para o seu incremento e treino (Easom, 2003).

Relativamente às **Influências interpessoais** o perfil-tipo nunca participa em Atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis (71,1%), são utilizadores dos serviços do Centro de Saúde (74,2%), a maioria utiliza esses serviços duas a três vezes por ano (34,0%) e reportam receber informação sobre Estilos de vida saudáveis no Centro de Saúde (56,1%), sendo o Médico (71,0%) e o Enfermeiro (65,9%) os profissionais de saúde mais referenciados como promotores de estilos de vida saudáveis. Ao utilizarem outros serviços de saúde apenas 17,8% da nossa amostra refere ter recebido informação sobre estilos de vida saudáveis, sendo o Hospital (consulta ou internamento) o serviço de saúde que encabeça a lista dos serviços que forneceram essa informação (40,3%) seguido do consultório privado de Medicina (35,2%) e da Medicina no trabalho (26,4%). De acordo com os inquiridos, as atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis, onde participam, são organizadas maioritariamente (50,0%) pelas Autarquias (Municípios ou Juntas de Freguesia), pelos Enfermeiros do Centro de Saúde (31,3%) ou por Diversas entidades em parceria (20,7%).

À semelhança dos nossos resultados num estudo realizado por Chilton et al. (2006) nos EUA, a maioria dos participantes referiu nunca ou raramente participar em atividades de promoção da saúde. De entre os participantes, no nosso estudo, são as mulheres que mais participam em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis e com maior frequência do que os homens, o que está em consonância com o referido por Ammouri (2008) sobre o facto de as mulheres se envolverem mais facilmente do que os homens em intervenções de promoção da saúde onde haja interação com outros participantes.

No que respeita à **Utilização do Centro de Saúde** também são as mulheres que mais utilizam os Serviços do Centro de Saúde e com uma maior frequência. Como seria expetável são as pessoas com doença crónica que mais utilizaram os serviços do Centro de Saúde nos últimos 12 meses. Estes dados estão em consonância com o referido anteriormente relativamente ao facto de as mulheres serem mais afetadas por doenças crónicas (Sawatzky & Naimark, 2005; Ozaki et al., 2007; Bartali et al., 2008; INE, 2012c; St Sauver, 2015; INE, 2016c) e requererem habitualmente mais consultas e tratamentos do que os homens (Manthorpe et al., 2004) e também com o facto de as mulheres serem mais propensas a integrar atividades preventivas e de promoção da saúde (Pender et al., 2011).

No que respeita ao **Consumo de tabaco** o perfil-tipo corresponde a não fumadores na atualidade (74,3%) ou porque nunca fumaram (54,4%) ou porque cessaram este comportamento (19,9%) e reportam quase nunca estar expostos involuntariamente ao fumo de tabaco (55,5%). Quando analisamos as respostas dos que se reportam como Ex-fumadores a maioria refere ter cessado esse comportamento há mais de 15 anos (38,5%). Para os ex-fumadores e para os que se reportam como fumadores (18,1%) a maioria refere consumir ou ter consumido entre 10 a 20 cigarros por dia (37,8%). No que respeita ao género verifica-se que a maioria das mulheres não fuma na atualidade (79,6%) - ou porque nunca fumou ou porque cessou. Nos homens, este indicador baixa para 68,0% donde ressalta que os fumadores habituais ou ocasionais, na atualidade, são sobretudo homens. A maior prevalência de tabagismo nos homens é referido em diversos documentos nacionais (Ministério da Saúde, 2012b; Balsa et al., 2012; INS 2014).

No referido anteriormente gostaríamos ainda de destacar a elevada prevalência de não fumadores na atualidade, o que está em consonância com os progressos significativos registados ao nível nacional e europeu na redução do consumo de tabaco graças a uma combinação de medidas, nomeadamente campanhas de sensibilização do público, regulamentação e medidas fiscais (OCDE, 2016b). No entanto face às consequências que tal comportamento de risco traz para a saúde das pessoas (Darnton-Hill et al., 2004, WHO, 2005a; Papalia et al., 2006; Nogueira & Remoaldo, 2010; DGS, 2012b; George, 2012; Ministério da Saúde, 2015) será de ressaltar a ainda elevada prevalência de fumadores (18,1% dos inquiridos) com particular destaque para o género masculino, cerca de 24% dos homens são fumadores, valor que se aproxima dos resultados do INS 2014, onde 27,8% dos homens se declaravam como fumadores (INE, 2016c). Sendo de ressaltar também a elevada percentagem de mulheres que referem nunca ter fumado (66,6%) valor que está no entanto aquém dos resultados do INS 2014 onde a percentagem de mulheres que afirmaram nunca ter fumado é de 73,9% (INE, 2016c). Quanto ao número de cigarros, também no INS 2014, a maioria dos fumadores reporta um consumo semelhante ao do nosso estudo – 11 a 20 cigarros por dia (INE, 2016c).

Quanto ao **Consumo de álcool** o perfil-tipo corresponde a um consumo baixo (46,0%), de acordo com a classificação AUDIT C, que apresenta na nossa amostra um score com valores entre zero e onze com uma média de 2,14 e um desvio padrão de 2,29, este resultado é similar ao



encontrado por Ribeiro (2011) na região de Lisboa. Quando analisamos o consumo de álcool tendo em conta o género verifica-se uma maior prevalência da abstinência entre o género feminino (51,8%), enquanto o consumo excessivo é mais prevalente nos homens (31,5%), embora o consumo baixo seja a categoria mais prevalente para ambos os géneros. Também nos estudos realizados a nível nacional, eram os homens que apresentavam uma maior prevalência de consumo excessivo e as mulheres uma maior prevalência de abstinência (Ribeiro, 2011; Balsa et al., 2012; SICAD, 2015; INE, 2016c).

No respeito ao **Estilo de vida promotor de saúde** o perfil-tipo da nossa amostra apresenta um nível global médio – EVPS – (numa escala de 1 a 4) de **2,43** (Desvio Padrão = 0,40), relativamente às componentes do Estilo de Vida Promotor de Saúde, os scores médios obtidos apresentam-se com a seguinte ordenação decrescente: Crescimento espiritual (2,79), Nutrição (2,66), Relações interpessoais (2,62), Responsabilidade em saúde (2,30), Gestão do *stress* (2,23) e Atividade física (1,90). Em consonância com o referido em estudos prévios, que já tivemos oportunidade de referir (Al-Kandari et al., 2008; Zhang et al., 2013; Al-Khawaldeh, 2014) consideramos que, no global, o PEVPS dos adultos de meia-idade inquiridos não atinge um valor considerado positivo (média igual a superior a 2,5), sendo categorizado como um score baixo, o mesmo acontecendo nas componentes: Responsabilidade em saúde, Gestão do *stress* e Atividade física onde são reportando valores ainda inferiores. No que respeita aos scores obtidos nas componentes: Crescimento espiritual, Nutrição e Relações interpessoais, estes são considerados resultados positivos se bem que moderados (média entre 2,5 e 3).

Porque apresenta o score mais baixo de todos, importa destacar os valores inferiores obtidos na componente Atividade física (1,9) significando que as pessoas de meia-idade da nossa amostra estão aquém da prática que é recomendada neste âmbito, aspeto que parece estar em discordância com os resultados do estudo realizado pelo Observatório Nacional da Atividade Física e do Desporto, onde se verificou que, em geral, a população adulta portuguesa (homens e mulheres) é considerada suficientemente ativa,<sup>68</sup> apresentando, no entanto, uma diminuição da atividade física com a idade e níveis inferiores nas mulheres comparativamente aos homens (Baptista et al., 2011b). É de referir que, apesar de existirem alguns dados que apontam para o incremento da atividade física no nosso país nos últimos anos, a maioria dos portugueses (64%) continua a referir nunca praticar exercício físico em atividades desportivas e de lazer (INS, 2014; OPSS, 2014; Eurobarometer, 2014) e o estudo de Lopes et al. (2017) destaca o sedentarismo da população portuguesa e o facto de que com a idade há uma diminuição do cumprimento das recomendações atuais para uma prática de atividade física promotora de saúde (apenas 36% dos jovens dos 15 aos 21 anos, 27% dos adultos e 22% dos idosos, dos 65 a 84 anos, são considerados fisicamente ativos), referindo o Alentejo como uma das regiões com maior taxa de sedentarismo

---

<sup>68</sup> De acordo com as recomendações para a prática de atividade física publicadas por diversas entidades, nacionais e internacionais, nomeadamente a acumulação de 60 minutos por dia para os jovens e de 30 minutos por dia para pessoas adultas e idosas de atividade física de intensidade pelo menos moderada (Baptista et al., 2011b)



na população adulta aspetos que estão em consonância com os resultados do nosso estudo. Mas este aspeto parece não ser exclusivo do nosso país pois também em estudos prévios realizados em diferentes países e tendo como participantes adultos de diferentes idades, a Atividade física foi a componente que obteve a média mais baixa (Misra et al., 2000; Beser et al., 2007; Al-Kandari et al., 2008; Beal, Stuifbergen & Brown, 2009; Enjezab, Farajzadegan, Taleghani, Aflatoonian & Morowatisharifabad, 2012; Al-Khawaldeh, 2014; Nacar et al., 2014; Asrami, Hamzehgardeshi & Shahhosseini, 2016; Chouhan, 2017) e o Crescimento espiritual a que obteve melhores resultados (Misra et al., 2000; Enjezab et al., 2012; Al-Khawaldeh, 2014; Nacar et al., 2014; Chouhan, 2017).

Conscientes da importância que ser fisicamente ativo tem para a saúde das pessoas importará ter uma maior atenção para este aspeto quer ao nível político quer ao nível do desenvolvimento de intervenções com o objetivo de incrementar a atividade física, sobretudo na população feminina.

No que respeita ao Crescimento espiritual importa ressaltar que a dimensão espiritual é, atualmente, considerada uma das mais importantes na saúde das pessoas porque dá sentido e significado à vida e porque proporciona o desenvolvimento de uma relação harmoniosa com o EU e o com o Universo, mas também com o ambiente físico e social onde se vive, procurando maximizar todo o potencial humano de saúde e bem-estar (Enjezab et al., 2012).

No que respeita à **relação entre os Fatores pessoais biológicos e o PEVPS** podemos afirmar que a **Idade** se correlaciona negativamente com o EVPS e com duas das suas componentes: Relações interpessoais e Crescimento espiritual. Estes resultados estão em consonância com estudos prévios (Ammouri, 2008; Zhang et al., 2013) existem, no entanto, outros estudos que apresentam um resultado contrário afirmando que a idade se correlaciona positivamente com alguns componentes do PEVPS: Relações interpessoais e Nutrição (Zhang et al., 2011) e com o EVPS (Cid et al., 2006; Huang et al., 2010; Enjezab et al., 2012) ou com a Responsabilidade em saúde e com a Gestão do *stress* (Callaghan, 2006). Outros estudos, porém, não encontraram relações significativas entre a idade e o PEVPS (Quevedo, 2001; Chilton et al., 2006; Arras, Ocletree & Welshimer, 2006; Asrami et al., 2016).

Face a estas diferenças e havendo autores que referem que o aumento dos constrangimentos físicos relacionados com a idade bem como as decorrentes alterações ao nível das responsabilidades pessoais, dos interesses e dos papéis podem influenciar o envolvimento das pessoas mais velhas nos comportamentos promotores de saúde (Papalia et al., 2006; Ammouri, 2008; Pender et al., 2011) consideramos que será importante desenvolver investigações futuras que aprofundem estes aspetos.

Quanto ao **IMC** este correlaciona-se negativamente com o EVPS e com cinco das suas componentes: Atividade física, Nutrição, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*. Encontrámos poucos estudos que estudassem as relações entre o PEVPS e IMC. O estudo de Mirghafourvand et al. (2014) realizado em mulheres iranianas encontrou resultados muito similares aos nossos, com o IMC negativamente associado às mesmas componentes do PEVPS com

exceção do Crescimento espiritual. O estudo de Huang et al. (2010) realizado em trabalhadores adultos tailandeses refere também uma correlação negativa do IMC com o EVPS e com a componente Gestão do *stress*. O estudo de Al-Kandari et al. (2008) realizado em estudantes de enfermagem também encontrou uma correlação negativa do IMC com o EVPS e com a componente Nutrição. No estudo de Quevedo (2001) o IMC não se correlacionava com o PEVPS. Os resultados do nosso estudo sugerem que as intervenções dirigidas a pessoas de meia-idade com IMC elevado devem focar-se também nas Relações interpessoais, na Gestão do *stress* e no Crescimento espiritual, para além da Atividade física e da Nutrição, componentes habituais nesse tipo de intervenção.

Relativamente ao **Género** verifica-se que as mulheres apresentam índices superiores ao nível da Responsabilidade em saúde e ao nível da Nutrição e que os homens apresentam índices superiores ao nível da Atividade física e ao nível da Gestão do *stress*. Estudos prévios corroboram estes resultados para o género masculino (Cid et al., 2006; Ammouri, 2008; Mirghafourvand et al., 2014) e para o género feminino (Misra et al., 2000; Johnson, 2005; Callaghan, 2006; Zhang et al., 2013). Os scores mais elevados das mulheres no EVPS são reportados por estudos sem diferenciar os outros componentes (Cid et al., 2006; Zhang et al., 2011). Havendo, no entanto, outros estudos que não encontraram diferenças significativas entre géneros no PEVPS (Quevedo, 2001; Johnson, 2005; Chilton et al., 2006; Beser et al., 2007; Al-Khawaldeh, 2014; Nacar et al., 2014).

Os resultados mais elevados obtidos pelas mulheres ao nível da componente Nutrição podem estar associados ao facto de culturalmente ainda serem elas as principais responsáveis pela alimentação da família (compras e confeção dos alimentos) podendo por isso estar mais conscientes dos aspetos avaliados. Da mesma forma que continuam a ser as mulheres a assumir uma maior responsabilidade no que toca às questões relacionadas com a saúde dos membros da família, tendo como já foi referido anteriormente, habitualmente uma maior adesão a comportamentos preventivos o que se traduzirá em resultados mais elevados na dimensão Responsabilidade em saúde. No que respeita ao facto da Atividade física ter um score mais elevado nos homens, está em consonância com os resultados de um estudo nacional recente (Baptista et al., 2011b), como já tivemos oportunidade de referir e também com os dados do INS 2014, onde é referido que os homens praticam mais exercício físico, tanto em número de dias como em duração média por semana relativamente às mulheres (INE, 2016c).

Consideramos no entanto que, face às grandes diferenças encontradas nos diferentes estudos consultados, será necessário um aprofundamento da investigação acerca dos aspetos que influenciam as diferenças de género no que respeita ao PEVPS.

No que respeita à **Existência de doença crónica** verifica-se que as pessoas que referem não ter doença crónica apresentam níveis superiores ao nível do EVPS e ao nível das seguintes componentes: Atividade física, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*. Callaghan (2006) também refere que as pessoas sem doença e incapacidades, do seu estudo, obtiveram resultados mais elevados ao nível da componente Relações interpessoais, tendo

assinalado scores superiores das pessoas com doença ou incapacidade ao nível da componente Responsabilidade em saúde, aspeto que não foi confirmado pelos resultados do nosso estudo. O estudo de Sonmezer, Cetinkaya e Nacar (2012) referia, no entanto, que as pessoas com doenças crónicas apresentavam scores mais elevados no EVPS. No estudo de Enjezab et al. (2012), em mulheres de meia-idade, não foi encontrada correlação entre a EVPS e existência de doença crónica. Também a este nível importará realizar mais investigação sobretudo tendo em conta a importância que a adoção de comportamentos promotores de saúde tem para as pessoas com doenças crónicas e o facto de estes serem aspetos abordados habitualmente nas consultas de vigilância de algumas doenças crónicas (e.g., HTA e Diabetes), nomeadamente os aspetos ligados à nutrição e atividade física.

No que respeita às **Relações entre o Fator pessoal psicológico: Autoperceção do estado da saúde e o PEVPS** é-nos possível dizer que a esta se correlaciona negativamente com o EVSP e com cinco das suas componentes: Atividade física, Nutrição, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*, isto significa que a um score mais elevado nas referidas componentes do PEVPS corresponde uma Autoperceção do estado da saúde mais positiva. À semelhança destes resultados também outros estudos prévios (Quevedo; 2001; Becker & Arnold, 2004; Arras et al., 2006; Beser et al., 2007; Cid et al., 2008; Huang et al., 2010; Nacar et al., 2014) encontraram uma relação significativa entre uma autoperceção mais positiva da saúde e um estilo de vida promotor de saúde. Apenas tivemos acesso um estudo que refere não ter encontrado uma relação significativa entre a autoperceção da saúde e o EVPS (Sonmezer et al., 2012).

No que respeita a alguns dos componentes do Estilo de Vida, vários estudos referem que uma **autoperceção mais positiva da saúde** está relacionada com uma **alimentação saudável** (Becker & Arnold, 2004; Kimura et al., 2013; Mood, 2013; Oliva, Mendizábal & Asencio, 2013; Nevill et al., 2014; Barrios-Vicedo et al., 2015; Abellán et al., 2016; Lopes et al., 2017), com a **prática de exercício físico** (Becker & Arnold, 2004; Kimura et al., 2013; Mood, 2013; Oliva et al., 2013; Tran et al., 2013; Nevill et al., 2014; Barrios-Vicedo et al., 2015; Cai et al. 2017), com **boas relações interpessoais com família e amigos** (Becker & Arnold, 2004; Oliva et al., 2013; Cai et al., 2017) e também com as outras componentes: **Responsabilidade em saúde, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*** (Becker & Arnold, 2004).

No que respeita às relações entre os **Fatores pessoais socioculturais e o PEVPS**, podemos afirmar que o **Nível de escolaridade** se correlaciona positiva e significativamente com o EVPS e com todas as suas componentes. Diversos estudos demonstraram a relação entre o nível educacional e a saúde, confirmando que um baixo nível educacional é causador de pior saúde e de mortalidade prematura (Darnton-Hill et al., 2004; Lleras-Muney, 2005; Cutler & Lleras-Muney, 2006; De Walque, 2007; Cutler & Lleras-Muney, 2010; Borgonovi & Pokropek, 2016; Campos-Matos, Russo & Perelman, 2016). À semelhança dos nossos resultados também outros estudos prévios (Adams et al., 2000; Quevedo; 2001; Johnson, 2005; Arras et al., 2006; Sonmezer et al.,

2012) encontraram uma correlação positiva e significativa entre o Nível de escolaridade e o PEVPS. Havendo, no entanto, outros estudos que não encontraram relações significativas entre os níveis de escolaridade e o PEVPS (Chilton et al., 2006; Beser et al., 2007; Cid et al., 2008; Enjezab et al., 2012; Asrami et al., 2016).

Também o **Rendimento familiar mensal** se correlaciona positiva e significativamente com o EVPS e com cada uma das suas componentes: Responsabilidade em saúde, Atividade física, Nutrição; Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*. A relação entre um maior rendimento e um maior nível de saúde e longevidade é referida em diversos autores (Manthorpe et al., 2004; Sawatzky & Naimark, 2005; Uijen & Van de Lisdonk, 2008; Marengoni et al., 2011; Wang et al., 2014; Campos-Matos et al., 2016; Chetty et al., 2016). À semelhança dos nossos resultados também outros estudos prévios (Quevedo, 2001; Johnson, 2005; Arras et al., 2006; Callaghan, 2006; Beser et al., 2007; Ammouri, 2008; Zhang et al., 2013) encontraram uma correlação positiva entre o Rendimento e o PEVPS, sendo sugerido que o ambiente social em que os adultos vivem influencia o seu acesso a recursos que promovem os comportamentos saudáveis e ao mesmo tempo cria padrões comportamentais (saudáveis ou não saudáveis) que são normativos para aquele ambiente, sendo comum a associação entre baixo rendimento, baixo nível educacional e níveis mais baixos de comportamentos de promoção da saúde (Arras et al., 2006). Há, no entanto, outros estudos que não encontraram relações significativas entre o rendimento e o PEVPS (Cid et al., 2008; Al-Kandari et al., 2008; Sonmezer et al., 2012; Asrami et al., 2016).

No que respeita ao **Local de residência**, existem diferenças significativas entre os diferentes concelhos de residência, sendo que as pessoas residentes no concelho de Alvito apresentam índices superiores em todas as componentes do PEVPS. Por outro lado, os índices mais baixos relativamente ao PEVPS foram obtidos pelos residentes em Barrancos ao nível de três componentes (Responsabilidade em saúde; Nutrição; Relações interpessoais) e Vidigueira no EVPS e nas restantes componentes (Atividade física; Crescimento espiritual e Gestão do *stress*).

No que respeita ao **Estado civil** confirma-se uma relação significativa entre este fator e o PEVPS, confirmando-se que os solteiros apresentam índices mais elevados ao nível do EVPS e em quatro componentes (Nutrição; Relações Interpessoais; Crescimento espiritual e Gestão do *stress*) e que os viúvos obtêm os scores mais baixos no EVPS e nas mesmas componentes. Também no estudo de Nacar et al. (2014) eram os estudantes solteiros que atingiam as médias mais elevadas do EVPS. No entanto, estudos prévios referem que as pessoas casadas ou vivendo em união de facto têm níveis mais elevados no EVPS do que os não casados (Johnson, 2005) ou ao nível da componente Responsabilidade em saúde (Callaghan, 2006; Mirghafourvand et al., 2014) o que pode estar relacionado com os desafios que são colocados às pessoas casadas: e.g., gravidez e sua vigilância, parto, vigilância da saúde dos filhos, o que vai aumentar a sua responsabilidade nessa área (Mirghafourvand et al., 2014), aspetos que não se confirmaram no nosso estudo. Há ainda

outros estudos que não encontraram relações significativas entre o estado civil e o PEVPS (Quevedo, 2001; Beser et al., 2007; Cid et al., 2008; Sonmezer et al., 2012; Asrami et al., 2016).

No que respeita à **relação PEVPS e o Tipo de família** apenas foi confirmada a existência de diferenças significativas no que diz respeito à componente Crescimento espiritual, onde os adultos de meia-idade pertencentes a famílias nucleares com filhos apresentam scores mais elevados e os que vivem sozinhos os scores mais baixos. Callaghan (2006) apenas encontrou diferenças significativas entre as pessoas que vivem sozinhas e as que não vivem sozinhas relativamente à Responsabilidade em saúde. Asrami et al. (2016) não encontraram uma relação significativa entre o PEVPS e o tipo de família.

As **relações entre o PEVPS e o Grupo profissional** também foram confirmadas, sendo o Grupo Representantes do poder e dirigentes que apresenta índices superiores em todas as componentes do PEVPS com exceção da Nutrição cujo score médio mais elevado foi obtido pelas pessoas pertencentes ao Grupo Especialistas das atividades intelectuais. Por outro lado os níveis mais baixos foram obtidos pelo Grupo Domésticos no EVPS e em quatro componentes: Atividade física, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*. Os scores médios mais baixos relativos à Responsabilidade em saúde foram obtidos pelos adultos de meia-idade que pertencem ao Grupo Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, quanto à Nutrição o score médio mais baixo foi obtido pelas pessoas pertencentes ao Grupo Trabalhadores não qualificados. À semelhança dos nossos resultados também estudos prévios mostraram a existência de diferenças significativas no PEVPS entre pessoas com diferentes ocupações (Quevedo et al., 2001; Cid et al., 2008; Huang et al., 2010; Zhang et al., 2011).

Quanto à **Situação profissional** foram também confirmadas diferenças significativas entre as diferentes categorias desta variável profissional (exceto no que respeita à Responsabilidade em saúde), verificando-se que as pessoas que referiram pertencer à categoria Outros (categoria que coincide com categoria Domésticos da variável anterior), obtiveram um score médio mais baixo no EVPS e em quatro componentes: Atividade física; Nutrição; Crescimento espiritual e Gestão do *stress*. Quanto às Relações interpessoais o score médio mais baixo foi obtido pelas pessoas reformadas por invalidez. Relativamente aos scores médios mais elevados, os respondentes reformados por tempo de serviço ou idade obtiveram os scores médios mais elevados ao nível do EVPS bem como das componentes: Atividade física e Gestão do *stress*. Para a Nutrição o score médio mais elevado foi obtido pelas pessoas reformadas antecipadamente que também obtiveram o score médio mais elevado na componente Relações interpessoais. O score médio mais elevado ao nível do Crescimento espiritual foi obtido pelas pessoas empregadas. No estudo de Enjezab et al. (2012) o score mais elevado do EVPS foi obtido pelas mulheres de meia-idade reformadas o que está em consonância com os nossos resultados.

Relativamente às **relações entre a Autoeficácia percebida e o PEVPS** é-nos possível dizer que esta se correlaciona positivamente com o EVPS e com cada uma das suas componentes. À

semelhança dos nossos resultados, estudos prévios (Quevedo; 2001; Cid et al., 2008; Beal et al., 2009; Agazio & Buckley, 2010) encontraram uma correlação positiva entre a autoeficácia percebida e o PEVPS. Sendo, a autoeficácia, considerada um forte preditor da adoção de comportamentos de promoção da saúde devem ser adotadas estratégias para a promover e manter (Agazio & Buckley, 2010).

Relativamente às **relações entre as Influências interpessoais e o PEVPS** no que respeita à **Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis** (nos últimos dois anos) é-nos possível dizer que esta se correlaciona positivamente com o EVPS e com cada uma das suas componentes. Estudos prévios que analisaram as relações entre o suporte social e o PEVPS encontraram resultados idênticos, sendo o suporte social considerado como um forte preditor para o envolvimento em atividades promotoras de saúde (Adams et al., 2000; Beal et al., 2009; Mirghafourvand et al., 2014).

No que respeita às **relações entre a Utilização dos serviços do Centro de Saúde e o PEVPS** é-nos possível dizer que esta variável se correlaciona negativamente com o EVPS e com cinco das suas componentes: Atividade física, Nutrição; Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*, correlacionando-se positivamente com a componente Responsabilidade em saúde. Não encontramos estudos que analisassem estes aspetos. Sendo no entanto de referir o estudo de Cid et al. (2006) que ao relacionar o acesso aos Serviços de Saúde com o PEVPS, encontrou diferenças estatisticamente significativas, observando-se que as pessoas com maior acesso à saúde obtiveram scores superiores no PEVPS.

No que respeita às **relações entre o Consumo de álcool e o PEVPS** é-nos possível dizer que este se correlaciona negativamente com duas: Responsabilidade em Saúde e Nutrição. Correlacionando-se positivamente com três componentes: Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*. Não encontramos estudos recentes que corroborassem ou contrariassem este resultado.

Relativamente às **relações entre o Consumo de tabaco e o PEVPS** não se confirmou a existência de diferenças significativas entre as várias categorias de Consumo de Tabaco. Estudos prévios referiam que indivíduos não fumadores obtinham scores mais elevados do que os fumadores (Sonmezer et al., 2012; Nacar et al. 2014).

## **PARTE IV - CONCLUSÕES, CONTRIBUTOS E LIMITAÇÕES**





## 1. CONCLUSÕES, CONTRIBUTOS E LIMITAÇÕES

Face ao envelhecimento demográfico e à elevada prevalência de doenças crónica nas idades mais tardias, a promoção e a adoção de estilos de vida saudáveis surge como crucial ao longo da vida e em particular na idade adulta, com vista ao almejado envelhecimento saudável. Conhecer a realidade da promoção da saúde e também o estilo de vida adotado pelas pessoas de meia-idade do Baixo Alentejo fez, e continua a fazer nesta etapa final, todo o sentido tendo em conta os resultados alcançados por esta investigação e os contributos que estes podem dar para uma promoção do envelhecimento saudável mais eficaz. A complexidade do fenómeno em estudo levou-nos a recorrer aos paradigmas indutivo e dedutivo numa perspetiva de complementaridade o que se revelou vantajoso. Tivemos como suporte às decisões metodológicas o referencial teórico decorrente da revisão da literatura realizada e constantemente atualizada bem como o mapa conceptual definido para esta investigação.

Apresentamos neste capítulo uma síntese geral dos resultados bem como as principais conclusões desta investigação, as implicações para a prática, ensino e investigação e ainda as limitações desta investigação.

### 1.1. SÍNTESE GERAL E CONCLUSÕES

Tendo como fio condutor os objetivos delineados, apresentamos de seguida uma síntese geral dos resultados e as principais conclusões desta investigação.

---

#### 1. Caracterizar as atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis descritos pelos profissionais entrevistados

---

As intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis que se desenvolvem na comunidade têm como **principal contexto** as Escolas do Primeiro Ciclo do EB, estando integradas no Programa Nacional de Saúde Escolar, sendo no entanto de assinalar intervenções de carácter individual que surgem como parte integrante das consultas de vigilância de saúde ou de situações crónicas, no Centro de Saúde. A maioria (74,2%) dos adultos de meia-idade inquiridos reportam-se como utilizadores (pelo menos uma vez nos últimos doze meses) dos serviços do Centro de Saúde, com particular destaque para as mulheres e para as pessoas com doenças crónicas, e a maioria (56,5%) referem ter recebido informação sobre estilos de vida saudáveis, o que é congruente com referido pelos profissionais.

A maioria das intervenções surgem por **iniciativa** dos profissionais do Centro de Saúde, tendo também os municípios um papel ativo nesse domínio. Apesar do destaque dado pelos profissionais entrevistados às intervenções iniciadas pelos profissionais de saúde, as pessoas de meia-idade

inquiridas destacam as autarquias (50%) como sendo o principal promotor de atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis, aparecendo em segundo lugar os enfermeiros dos CSP (31,3%) e apenas em quarto lugar outros profissionais do Centro de Saúde (7,7%). No terceiro lugar (20,7%) surgem como organizadores das atividades de grupo, várias entidades em parceria, aspeto que consideramos importante uma vez que foi referido pelos profissionais entrevistados que, apesar da existência de algumas dificuldades, a maioria das intervenções comunitárias de promoção de estilos de vida saudáveis são **desenvolvidas com o recurso a parcerias interprofissionais e intersectoriais**, sendo habitualmente os CSP e também as autarquias que mobilizam os parceiros relevantes, tendo em vista uma melhor gestão de recursos e/ou a maior adesão da população-alvo.

São valorizadas, pelos profissionais, as intervenções com **continuidade**, no entanto continuam a existir atividades de carácter pontual. Os principais **públicos-alvo** são as crianças e os idosos. Coexistem atividades com **orientação** salutogénica e promotora da saúde, que se iniciam precocemente, com atividades com uma orientação centrada nos processos patogénicos, doença ou risco, tendo estas últimas como foco as pessoas mais velhas.

Para avaliar a **eficácia das intervenções**, os profissionais procuram recorrer a indicadores objetivos, mas são relatadas algumas **dificuldades** sendo, por vezes, adotada uma avaliação subjetiva, baseada na perceção que os profissionais têm relativamente à melhoria na saúde e nos estilos de vida após as intervenções. Para incrementar a eficácia das intervenções são referidas algumas **estratégias**, onde merecem destaque: um adequado planeamento em saúde que parte da avaliação prévia das necessidades de saúde; a capacitação e a responsabilização das pessoas pela sua saúde; o início precoce das intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis.

---

## **2. Determinar o nível de participação dos cidadãos no planeamento, na implementação e na avaliação de atividades e projetos promotores de estilos de vida saudáveis**

---

Os profissionais estão conscientes da importância de uma participação ativa dos cidadãos no planeamento, implementação e avaliação de intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis e procuram promovê-la através do **envolvimento das pessoas e grupos da comunidade**, sendo uma das estratégias utilizadas o **envolvimento de líderes da comunidade**. Existem, no entanto, **dificuldades** na participação ativa dos cidadãos que parecem estar ligadas a uma **ausência de cultura de participação** por parte dos cidadãos que continuam a deixar decisões importantes relativas à sua saúde na mão dos profissionais de saúde. Existem também dificuldades **inerentes aos próprios profissionais**, que assumem frequentemente o papel principal na programação e execução das intervenções sem conseguirem envolver os cidadãos.

---

### 3. Identificar os fatores que condicionam o desenvolvimento das atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis

---

No que respeita aos fatores que condicionam o desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis, os resultados do estudo qualitativo revelam que estes podem estar relacionados com os participantes, com os profissionais, com a intervenção ou com as organizações, sendo dado um maior destaque aos fatores relacionados com os participantes.

Os **fatores relacionados com os participantes** assinalados encontram-se organizados em fatores pessoais biológicos: idade e género; fatores pessoais psicológicos: motivação e conceções de saúde-doença; fatores pessoais socioculturais: questões culturais, questões económicas e nível educacional; para além dos fatores pessoais foram ainda evidenciados outros aspetos: benefícios percebidos da adesão às intervenções; barreiras percebidas para a adesão às intervenções; sentimentos em relação às intervenções; influências interpessoais e influências situacionais, exigências imediatas e as preferências.

Relativamente aos **fatores pessoais biológicos**, no que respeita à **idade**, os resultados do estudo com as pessoas de meia-idade mostram que, apesar da diversidade de intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis referidas pelos profissionais entrevistados, **a maioria (71,9%) das pessoas de meia-idade inquiridas refere nunca ter participado em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis nos últimos dois anos**, o que pode estar relacionado com o referido pelos profissionais entrevistados e pela literatura relativamente ao facto dos adultos em idade ativa estarem muito ocupados com a sua atividade profissional e vida familiar e por isso menos disponíveis para aderir, sendo o horário em que as intervenções são desenvolvidas outro aspeto a ter em conta. Apesar destes constrangimentos há uma percentagem razoável de pessoas de meia-idade (28,1%) que participaram pelo menos uma vez nessas atividades, sendo de realçar os 8,7% que referem ter participado mais do que quatro vezes nos últimos dois anos. Foi confirmada a existência de uma correlação positiva entre a idade e a utilização dos serviços do Centro de Saúde, ou seja a uma maior idade corresponde uma maior utilização, dentro deste grupo etário.

O estudo com as pessoas de meia-idade confirma a existência de **diferenças significativas entre géneros na participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis e na utilização dos Serviços do Centro de Saúde**, sendo as mulheres que participam mais e com maior frequência em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis, sendo também as principais utilizadoras dos serviços do Centro de Saúde, como já referimos. Este aspeto surge também evidenciado na componente Responsabilidade em Saúde do Estilo de Vida Promotor de Saúde onde as mulheres apresentam índices superiores.

As conceções de saúde-doença dos participantes foi um dos **fatores pessoais psicológicos** referidos pelos profissionais entrevistados. No estudo com as pessoas de meia-idade, à semelhança de outros estudos recentes que utilizam o Modelo de Promoção da Saúde, optámos por utilizar o

fator pessoal psicológico **Autopercepção do estado de saúde**, tendo verificado que a **uma maior participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis se associa uma Autopercepção geral da saúde mais positiva** e vice-versa. No que respeita à **utilização dos Serviços do Centro de Saúde**, uma maior utilização **está associada a uma Autopercepção geral da saúde mais negativa**.

Quanto aos **fatores pessoais socioculturais**, as questões económicas e o nível educacional foram os principais aspetos a merecer a referência dos profissionais entrevistados como importantes determinantes para a adesão, não só às intervenções, mas também a comportamentos promotores da sua saúde. No que respeita ao nível educacional, no estudo com as pessoas de meia-idade, verificámos que **uma maior participação em atividade de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis se associa a um maior Nível de escolaridade** e que **uma maior utilização dos serviços do Centro de Saúde se associa a um menor Nível de escolaridade**. No que respeita às relações deste fator pessoal sociocultural com o Estilo de Vida Promotor de Saúde verifica-se que **a um maior nível de escolaridade se associam scores mais elevados em todas as escalas que compõem o Estilo de Vida Promotor de Saúde**. Relativamente às questões económicas, no estudo com as pessoas de meia-idade, não se confirma a associação entre o **Rendimento familiar mensal** e a participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis, existindo no entanto uma correlação negativa entre este fator e a Utilização dos Serviços do Centro de Saúde, significando que **um menor rendimento se associa a uma maior Utilização dos Serviços do Centro de Saúde e vice-versa**. Na análise efetuada relativamente ao Estilo de Vida Promotor de Saúde verificámos que **a um maior rendimento se associam scores mais elevados em todas as escalas que compõem o Estilo de Vida Promotor de Saúde**.

Analísámos ainda a **Autoeficácia** e verificámos que **a uma maior participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis se associa uma maior Autoeficácia**. E que **uma maior utilização dos Serviços do Centro de Saúde está associada a uma menor Autoeficácia**.

Nos **fatores relacionados com os profissionais**, a sua motivação para desenvolver atividades de promoção da saúde, a sua disponibilidade e algumas dificuldades na intervenção comunitária foram os aspetos evidenciados.

Os fatores **relacionados com a intervenção** dizem respeito sobretudo ao tipo de intervenções que são realizadas e à oferta de atividades e projetos.

Nos **fatores relacionados com as organizações**, as influências políticas, o apoio organizacional à implementação de intervenções, as alterações organizacionais ligadas à reforma dos CSP e a participação dos estudantes de enfermagem no planeamento e implementação de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis foram os aspetos mais evidenciados.

---

#### 4. Determinar se o ambiente envolvente é favorecedor da adoção de comportamentos saudáveis

---

O ambiente onde as pessoas vivem é considerado pelos entrevistados como sendo **facilitador de escolhas saudáveis sobretudo ao nível da promoção da atividade física e da alimentação saudável**, sendo também referidas **algumas barreiras** no acesso a essas escolhas saudáveis.

---

#### 5. Compreender o papel dos Enfermeiros no desenvolvimento das atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis

---

O papel dos enfermeiros surge evidenciado pelos entrevistados, que reconhecem que os enfermeiros desempenham um papel chave no desenvolvimento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis. Este papel é destacado a três níveis:

- **Na interação com as pessoas, famílias e comunidades**, onde é destacado o conhecimento e a proximidade do enfermeiro relativamente às pessoas, famílias e comunidades bem como a intervenção dos enfermeiros na capacitação para a adoção de estilos de vida saudáveis.
- **Na interação com os outros profissionais**, onde os enfermeiros são considerados elementos essenciais no seio das equipas multiprofissionais atuando como elos de ligação entre os outros profissionais, facilitando a interdisciplinaridade e também a articulação com a comunidade.
- **Na liderança**, onde os enfermeiros surgem como líderes de intervenções e de equipas de intervenção comunitária.

De facto, de entre todos os profissionais do Centro de Saúde, são os enfermeiros que surgem evidenciados, pelas pessoas de meia-idade, como principais promotores das atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis desenvolvidas em contexto comunitário. No entanto, apesar dos profissionais entrevistados também evidenciarem o papel dos enfermeiros na promoção de estilos de vida saudáveis nas consultas de vigilância realizadas no Centro de Saúde, ao utilizarem os serviços do Centro de Saúde a maioria das pessoas de meia-idade destaca os médicos (71,0%) e só depois surgem os enfermeiros (65,9%) como os principais promotores de estilos de vida saudáveis nesse contexto. Apesar da proximidade destes valores entre si, neste contexto aparentemente o papel de destaque que é dado aos enfermeiros, pelos profissionais entrevistados e também pela literatura já referida, parece estar menos evidenciado nestes resultados o que pode estar relacionado com o estatuto e com o papel tradicionalmente mais relevante que é atribuído aos médicos pelos utilizadores dos serviços de saúde.

---

#### 6. Caracterizar as pessoas de meia-idade residentes no Baixo Alentejo no que respeita aos fatores pessoais, autoeficácia percebida, influências interpessoais e aos consumos de tabaco e álcool

---

O perfil-tipo relativamente aos **fatores pessoais biológicos**, corresponde a pessoas com uma média de idade de 54 anos, do género feminino, com peso acima do recomendado pela OMS,

reportando um IMC médio de 26,7 Kg/m<sup>2</sup>, sem doença crónica mas consumindo habitualmente medicamentos. No entanto, quase metade dos inquiridos reportam pelo menos uma doença crónica, sendo as mais frequentes: a HTA e a Diabetes e os Problemas Músculo-esqueléticos. No que respeita ao IMC é de assinalar que, quando se juntam todas as categorias de peso acima do recomendado pela OMS, são os homens que atingem uma maior prevalência.

No que respeita ao **fator pessoal psicológico** avaliado: **Autoperceção do estado de saúde**, o perfil-tipo tem uma autoapreciação positiva do seu estado de saúde, considerando-o idêntico ao das outras pessoas com a mesma idade e género. As mulheres e as pessoas com doenças crónicas têm uma autoperceção da saúde mais negativa.

O perfil-tipo relativamente aos **Fatores pessoais socioculturais** corresponde a pessoas de nacionalidade portuguesa, casados ou em união de facto, pertencentes a uma família nuclear, com o Ensino Secundário ou com o 3º Ciclo do Ensino Básico, Empregados, sobretudo nos grupos profissionais: Trabalhadores dos serviços pessoais, segurança e vendedores; Especialistas das atividades científicas e intelectuais ou Pessoal Administrativo, tendo um Rendimento Familiar mensal superior a 500 €.

No que respeita à **Autoeficácia percebida**, o perfil-tipo atinge um resultado positivo mas moderado.

Relativamente às **Influências interpessoais**, o perfil-tipo nunca participa em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis, utilizando os Serviços do Centro de Saúde duas a três vezes por ano, onde recebem informação sobre Estilos de Vida saudáveis, não tendo frequentado outros serviços de saúde nos últimos doze meses.

No respeito ao **Consumo de tabaco** o perfil-tipo corresponde a não fumadores na atualidade que reportam quase nunca estar expostos involuntariamente ao fumo de tabaco. Destaca-se no entanto, o facto de o consumo de tabaco ser mais prevalente no género masculino.

Quanto ao **Consumo de álcool** o perfil-tipo corresponde a um consumo baixo, de acordo com a classificação AUDIT C, com um score médio de 2,14. Destaca-se o facto de o consumo excessivo ser mais prevalente no género masculino e a abstinência no género feminino.

---

### **7. Caracterizar o Estilo de vida promotor de saúde adotado pelas pessoas de meia-idade residentes no Baixo Alentejo, no global e em cada uma das suas componentes: Responsabilidade em saúde, Atividade física, Nutrição, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do stress.**

---

No respeito ao **Estilo de Vida Promotor de Saúde** o perfil-tipo da nossa amostra apresenta um EVPS médio de 2,43, o que é considerado um **score baixo**.

Relativamente às subescalas do PEVPS, os scores médios obtidos apresentam a seguinte ordenação decrescente: Crescimento Espiritual (2,79), Nutrição (2,66), Relações interpessoais (2,62), Responsabilidade em saúde (2,30), Gestão do stress (2,23) e Atividade física (1,90).

Tal como o EVPS, as componentes: Responsabilidade em saúde, Gestão do *stress* e Atividade física não atingem um valor considerado positivo, sendo também categorizadas como tendo scores baixos. No que respeita aos scores obtidos nas componentes: Crescimento Espiritual, Nutrição e Relações interpessoais, estes são considerados resultados positivos embora moderados. Face a estes resultados será importante intervir ao nível de todos os componentes do Estilo de Vida Promotor de Saúde com particular destaque para a Responsabilidade em saúde, Gestão do *stress* e Atividade física.

Apesar da importância que é dada à promoção da atividade física nas diferentes intervenções relatadas pelos profissionais entrevistados e do investimento que tem sido feito pelas autarquias para criar condições promotoras de uma vida mais ativa, esses aspetos ainda não são visíveis nos resultados do estudo com as pessoas de meia-idade, onde esta componente obteve o score mais baixo de todos, estando estas pessoas aquém da atividade física que é recomendada. Nesse sentido importará continuar a desenvolver intervenções, que se iniciem precocemente e que acompanhem todas as etapas do ciclo vital, com o objetivo de incrementar a atividade em todos os grupos etários e em ambos os géneros, tendo no entanto uma particular atenção ao género feminino, que apresenta índices mais baixos de atividade física.

Com base nas relações existentes entre a variável dependente: Estilo de vida promotor de saúde e as variáveis independentes em estudo na nossa amostra (cujas conclusões apresentamos de seguida) sentimos como importante traçar o perfil tipo de cada uma das componentes do PEVPS:

Verifica-se que os adultos de meia-idade que apresentam um **EVPS** com um score médio mais elevado são os que têm maior escolaridade ( $r_s = .359$ ,  $p < .001$ ), maior rendimento mensal ( $r_s = .335$ ,  $p < .001$ ), maior autoeficácia percebida ( $r_s = .280$ ,  $p < .001$ ), com uma mais positiva autoperceção do estado da saúde ( $r_s = -.236$ ,  $p < .001$ ) e que participam em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis ( $r_s = .221$ ,  $p < .001$ ). Por outro lado os adultos de meia-idade que apresentam um EVPS com um score médio mais baixo são os mais velhos ( $r_s = -.091$ ,  $p < .010$ ), com maior IMC ( $r_s = -.139$ ,  $p < .001$ ) e que utilizam mais frequentemente os serviços do Centro de Saúde ( $r_s = -.096$ ,  $p < .010$ ).

Apresentam scores médios mais elevados na **Responsabilidade em saúde**, os adultos de meia-idade que têm maior escolaridade ( $r_s = .227$ ,  $p < .001$ ), maior rendimento mensal ( $r_s = .160$ ,  $p < .001$ ), maior autoeficácia percebida ( $r_s = .132$ ,  $p < .001$ ), que participam em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis ( $r_s = .147$ ,  $p < .001$ ) e que utilizam mais frequentemente os serviços do Centro de Saúde ( $r_s = .069$ ,  $p < .050$ ). Por outro lado os scores mais baixos são obtidos pelos adultos de meia-idade que apresentam índices mais elevados de consumo de álcool ( $r_s = -.074$ ,  $p < .050$ ).

Apresentam scores médios mais elevados na **Atividade física**, os adultos de meia-idade que têm maior escolaridade ( $r_s = .245$ ,  $p < .001$ ), maior rendimento mensal ( $r_s = .204$ ,  $p < .001$ ), maior autoeficácia percebida ( $r_s = .190$ ,  $p < .001$ ), com uma mais positiva autoperceção do estado da saúde ( $r_s = -.197$ ,  $p < .001$ ) e os que participam em atividades de grupo de promoção de estilos de vida



saudáveis ( $r_s = .272$ ,  $p < .001$ ). Aqueles que apresentam scores mais baixos são os que apresentam IMC mais elevado ( $r_s = -.168$ ,  $p < .001$ ) e os que mais utilizam os serviços do Centro de Saúde ( $r_s = -.123$ ,  $p < .001$ ).

Apresentam scores médios mais elevados na **Nutrição**, os adultos de meia-idade que têm maior escolaridade ( $r_s = .336$ ,  $p < .001$ ), maior rendimento mensal ( $r_s = .330$ ,  $p < .001$ ), maior autoeficácia percebida ( $r_s = .144$ ,  $p < .001$ ), com uma mais positiva autoperceção do estado da saúde ( $r_s = -.154$ ,  $p < .001$ ) e que participam em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis ( $r_s = .170$ ,  $p < .001$ ). Um menor score está relacionado com um IMC mais elevado ( $r_s = -.127$ ,  $p < .001$ ), um maior consumo de álcool ( $r_s = -.083$ ,  $p < .050$ ) e uma maior utilização do Centro de Saúde ( $r_s = -.081$ ,  $p < .050$ ).

Apresentam scores médios mais elevados na **Relações interpessoais** os adultos de meia-idade que têm maior escolaridade ( $r_s = .311$ ,  $p < .001$ ), maior rendimento mensal ( $r_s = .321$ ,  $p < .001$ ), maior autoeficácia ( $r_s = .328$ ,  $p < .001$ ), com uma mais positiva autoperceção do estado da saúde ( $r_s = -.305$ ,  $p < .001$ ), que participam em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis ( $r_s = .156$ ,  $p < .001$ ) e também os adultos de meia-idade com índices mais elevados de consumo de álcool ( $r_s = .089$ ,  $p < .010$ ). Por outro lado, um menor score está relacionado com mais idade ( $r_s = -.128$ ,  $p = .006$ ), com maior IMC ( $r_s = -.071$ ,  $p < .050$ ) e com uma maior utilização dos serviços do Centro de Saúde ( $r_s = -.119$ ,  $p < .001$ ).

Quanto ao **Crescimento espiritual** os adultos de meia-idade que apresentam um score médio mais elevado são os que têm maior escolaridade ( $r_s = .319$ ,  $p < .001$ ), maior rendimento mensal ( $r_s = .338$ ,  $p < .001$ ), maior autoeficácia ( $r_s = .245$ ,  $p < .001$ ), com uma mais positiva autoperceção geral da saúde ( $r_s = -.223$ ,  $p < .001$ ) e os que participam em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis ( $r_s = .104$ ,  $p < .010$ ). Mais uma vez os adultos de meia-idade com índices mais elevados de consumo de álcool apresentam um score médio mais elevado nesta componente ( $r_s = .104$ ,  $p < .010$ ). Por outro lado, um menor score está relacionado com mais idade ( $r_s = -.108$ ,  $p < .010$ ), com maior IMC ( $r_s = -.106$ ,  $p < .010$ ) e com uma maior utilização dos serviços do Centro de Saúde ( $r_s = -.099$ ,  $p < .010$ ).

Apresentam scores médios mais elevados na **Gestão do stress**, os adultos de meia-idade que têm maior escolaridade ( $r_s = .227$ ,  $p < .001$ ), maior rendimento mensal ( $r_s = .246$ ,  $p < .001$ ), maior autoeficácia ( $r_s = .231$ ,  $p < .001$ ), com uma mais positiva autoperceção geral da saúde ( $r_s = -.251$ ,  $p < .001$ ) e os que participam em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis ( $r_s = .119$ ,  $p < .001$ ). Mais uma vez os adultos de meia-idade com índices mais elevados de consumo de álcool apresentam um score médio mais elevado nesta componente ( $r_s = .116$ ,  $p < .010$ ). Por outro lado, um menor score está relacionado com maior IMC ( $r_s = -.078$ ,  $p < .050$ ) e com uma maior utilização dos serviços do Centro de Saúde ( $r_s = -.115$ ,  $p < .010$ ).



---

**8. Descrever as relações entre o Estilo de vida promotor de saúde (no global e em cada uma das suas componentes) e os Fatores pessoais: Biológicos, Psicológico e Socioculturais, a Autoeficácia percebida, as Influências interpessoais e os consumos de Tabaco e Álcool**

---

No que respeita à **relação entre os Fatores pessoais biológicos e o Estilo de vida promotor de saúde** podemos concluir que:

- A **correlação negativa da idade com o EVPS e com as componentes: Relações interpessoais e o Crescimento espiritual** dá-nos indicação de que, neste grupo etário, as pessoas mais velhas obtêm piores resultados nos scores das referidas componentes. Nas intervenções promotoras do envelhecimento saudável importará ter em conta este aspeto, que deverá ser melhor explorado (tendo em conta que neste caso a análise é relativa apenas a um grupo etário específico) através de estudos comparativos com outros grupos etários.
- Confirma-se a **existência de diferenças significativas entre géneros**: as mulheres apresentam índices superiores ao nível da Responsabilidade em saúde e ao nível da Nutrição e os homens apresentam índices superiores ao nível da Atividade física e ao nível da Gestão do *stress*. Aspeto que também deverá ser tido em conta na adoção de estratégias promotoras de estilos de vida saudáveis.
- A **correlação negativa do IMC com o EVPS e com cinco das suas componentes**: Atividade física, Nutrição, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*, indica-nos que quanto maior for o IMC menores serão os scores das referidas escalas.
- No que respeita à **Existência de doença crónica** verifica-se a **existência de diferenças significativas** ao nível do EVPS, ao nível da Atividade física, ao nível das Relações interpessoais, ao nível do Crescimento espiritual e ao nível da Gestão do *stress*, onde as pessoas que referem não ter doença crónica apresentam scores superiores.

Face a estes resultados, para além do já referido, gostaríamos de destacar que nas pessoas com peso superior ao recomendado e com doença crónica, importará intervir nas questões ligadas às Relações interpessoais, ao Crescimento espiritual e à Gestão do *stress* conjugadas com as habituais intervenções ligadas à Nutrição e à Atividade física. Importará também investigar mais profundamente estes aspetos.

Tendo em conta estes resultados **confirma-se o proposto pelo Modelo de Promoção da Saúde** (Pender et al., 2011), **os Fatores biológicos: Idade, IMC e Doença crónica influenciam o EVPS e algumas das suas componentes**. No que respeita ao género apenas foram assinaladas diferenças nas componentes: Responsabilidade em saúde, Nutrição, Atividade física e Gestão do *stress*, sendo importante que se investigue mais profundamente as diferenças de género relativamente à adoção de um Estilo de Vida Promotor de Saúde.

No que respeita às **relações entre o Fator pessoal psicológico: Autoperceção do estado da saúde e o Estilo de vida promotor de saúde** é-nos possível concluir que uma **Autoperceção mais**

**positiva está associada a scores mais elevados no EVSP e em cinco das suas componentes:** Atividade física, Nutrição, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*. Estes resultados apoiam a preposição de que o estado de saúde percebido influencia a adoção de uma prática regular de comportamentos promotores da saúde (Pender et al., 2011) não sendo confirmada, no entanto, a sua associação à componente Responsabilidade em saúde. Face a estes resultados e porque este fator é considerado um importante preditor da saúde e bem-estar mas também da mortalidade das pessoas, importará avaliá-lo de forma rotineira nas consultas do Centro de Saúde, pois alterações negativas na autoperceção do estado da saúde à medida que a idade avança devem ser tidas em conta.

No que respeita às **relações entre os Fatores pessoais socioculturais e o Estilo de vida promotor de saúde** podemos concluir que:

- **Existem diferenças significativas no Estilo de vida promotor de saúde adotado nos diferentes concelhos de residência**, sendo que as pessoas residentes no concelho de Alvito apresentam índices superiores em todas as escalas do Estilo de vida promotor de saúde. Por outro lado, os índices mais baixos relativamente ao Estilo de vida promotor de saúde foram obtidos pelos residentes no concelho de Barrancos ao nível de três componentes: Responsabilidade em saúde, Nutrição, Relações interpessoais, e pelos residentes no concelho da Vidigueira no EVPS e nas restantes componentes: Atividade física, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*.
- **Confirma-se uma relação significativa entre o estado civil e o Estilo de vida promotor de saúde**, sendo que os solteiros apresentam índices mais elevados e os viúvos os mais baixos ao nível do EVPS e em quatro das componentes: Nutrição, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do *stress*.
- No que respeita à **relação Estilo de vida promotor de saúde e o Tipo de família apenas foi confirmada a existência de diferenças significativas no que diz respeito à componente Crescimento espiritual**, onde os adultos de meia-idade pertencentes a famílias nucleares com filhos apresentam scores mais elevados e os que vivem sozinhos os scores mais baixos.
- Confirmou-se uma **correlação positiva e significativa entre o Nível de escolaridade e o EVPS e todas as suas componentes**. Pela importância que lhe é dada na literatura e que também foi expressa pelos profissionais entrevistados, gostaríamos de destacar a importância desta relação, sendo de assinalar a necessidade de continuar a promover a literacia em geral e a literacia em saúde em particular.
- **As relações entre o Estilo de vida promotor de saúde e o Grupo profissional também foram confirmadas**, sendo o Grupo Representantes do poder e dirigentes que apresenta índices superiores em todas as componentes do PEVPS com exceção da Nutrição, cujo score mais elevado foi obtido pelas pessoas pertencentes ao Grupo Especialistas das atividades intelectuais. Por outro lado os níveis mais baixos foram obtidos pelo Grupo Domésticos, no EVPS e em quatro componentes: Atividade física, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do

*stress*. Os scores médios mais baixos relativos à componente Responsabilidade em saúde foram obtidos pelos adultos de meia-idade que pertencem ao Grupo Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, quanto à Nutrição o score médio mais baixo foi obtido pelas pessoas pertencentes ao Grupo Trabalhadores não qualificados.

- **Foram também confirmadas diferenças significativas entre as diferentes categorias da Situação profissional e o Estilo de vida promotor de saúde, exceto no que respeita à componente Responsabilidade em saúde**, verificando-se que as pessoas que referiram pertencer à categoria Outros (categoria que coincide com categoria Domésticos da variável anterior), obtiveram um score médio mais baixo no EVPS e em quatro das suas componentes: Atividade física; Nutrição; Crescimento espiritual e Gestão do *stress*. Quanto à componente Relações interpessoais o score médio mais baixo foi obtido pelas pessoas Reformadas por invalidez. Relativamente aos scores médios mais elevados, os respondentes Reformados por tempo de serviço ou idade obtiveram os scores médios mais elevados ao nível do EVPS bem como nas componentes: Atividade física e Gestão do *stress*. No que respeita à Nutrição, o score médio mais elevado foi obtido pelas pessoas Reformadas antecipadamente, que também obtiveram o score médio mais elevado na componente Relações interpessoais. O score médio mais elevado na componente Crescimento espiritual foi obtido pelas pessoas que se declararam como Empregadas.
- **Confirma-se que o Rendimento familiar mensal se correlaciona positiva e significativamente com o EVPS e com todas as suas componentes**, tendo em conta estes resultados importará ter especial atenção para os grupos com rendimento mais baixo para que não se agravem as iniquidades em saúde.

Tendo em conta estes resultados **confirma-se o proposto pelo Modelo de Promoção da Saúde** (Pender et al., 2011), **os fatores socioculturais: local de residência, estado civil, nível de escolaridade, profissão, situação profissional e rendimento influenciam o EVPS e a maioria das suas componentes**. No que respeita ao tipo de família apenas foi confirmada a existência de diferenças significativas no que diz respeito à componente Crescimento espiritual. O conhecimento destas relações permitirá o desenvolvimento de intervenções que sejam mais adequadas ao perfil populacional em causa.

Relativamente às **relações entre a Autoeficácia percebida e o Estilo de vida promotor de saúde** é-nos possível concluir que se confirma que **a uma maior autoeficácia se associam scores mais elevados em todas as componentes do Estilo de vida promotor de saúde**. Sendo confirmado **o proposto pelo Modelo de Promoção da Saúde relativamente à Autoeficácia como um bom preditor da adoção de comportamentos promotores de saúde** (Pender et al., 2011). Este é um aspeto muito importante pois sabemos que a autoeficácia influencia as escolhas relativas ao estilo de vida ao longo do processo de envelhecimento e que pode ser promovida através de intervenções educacionais e de treino.

Relativamente às **relações entre as Influências interpessoais e o Estilo de vida promotor de saúde** podemos concluir que:

- A **uma maior Participação em atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis se associam scores mais elevados em todas as componentes do Estilo de vida promotor de saúde**, uma vez que existe uma correlação positiva entre estas variáveis. Como nos foi possível afirmar anteriormente este grupo etário não participa muito neste tipo de atividades, no entanto, face a estes resultados parece haver vantagens em se manter a oferta deste tipo de atividades encontrando estratégias que fomentem esta participação.
- A **uma maior utilização dos serviços do Centro de Saúde se associam piores resultados ao nível do EVPS e de cinco das suas componentes: Atividade física, Nutrição, Relações interpessoais, Crescimento espiritual e Gestão do stress e melhores resultados na Responsabilidade em saúde**. Estes resultados podem estar associados ao facto de esta utilização ser superior nas pessoas com doença crónica, que como vimos também apresentam piores resultados em algumas das componentes do Estilo de vida promotor de saúde. Importará pois procurar intervir de uma forma mais específica nesta população por forma a incrementar o Estilo de vida promotor de saúde e investigar mais profundamente no futuro estes aspetos.

Analisar a **relação entre os comportamentos de risco e o Estilo de vida promotor de saúde** foi um dos aspetos nos pareceu fazer muito sentido, face ao facto de os estilos de vida serem habitualmente compostos por comportamentos promotores de saúde e de comportamentos de risco, apesar de não termos encontrado na literatura consultada nenhum estudo que usando a Escala Perfil de Estilos de Vida Promotores de Saúde tivesse estudado estas relações. Face aos resultados obtidos podemos concluir que:

- A **um maior consumo de álcool associam-se scores mais baixos relativamente à Responsabilidade em saúde e à Nutrição e scores mais elevados no que respeita às Relações interpessoais, ao Crescimento espiritual e à Gestão do stress**.
- Relativamente às **relações entre o Consumo de tabaco e o Estilo de vida promotor de saúde não se confirmou a existência de diferenças significativas entre as várias categorias**.

Os resultados aqui apresentados quando conjugados com os resultados da caracterização das pessoas de meia-idade e da caracterização do Estilo de vida promotor de saúde, apresentados anteriormente, permitem-nos concluir que, do ponto de vista clínico, **este grupo de pessoas de meia-idade apresenta um elevado risco para o desenvolvimento de doenças crónicas** (sendo que uma grande percentagem já as apresenta, situação que pode ser agravada) manifestado numa elevada prevalência de pré-obesidade e obesidade, que nos homens se conjuga com uma maior prevalência de comportamentos de risco (consumo de tabaco e de álcool), menor adesão a atividades de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis e menor utilização dos serviços do Centro de Saúde e nas mulheres com uma pior autoperceção da saúde. Para ambos os géneros esses aspetos são conjugados com um Estilo de vida promotor de saúde negativo, ao nível do EVPS e

da Atividade física, da Responsabilidade em saúde e da Gestão do *stress* e com valores positivos mas moderados das restantes componentes: Crescimento espiritual, Nutrição e Relações interpessoais.

Estes resultados sublinham que para que seja possível um envelhecimento saudável **será necessário que sejam desenvolvidas intervenções específicas para este grupo etário, que tenham em conta os fatores que foram identificados nestes estudos, e que tenham como objetivo não só a promoção de estilos de vida saudáveis mas também a mudança comportamental.**

Estas **intervenções devem ser planeadas, implementadas e avaliadas com os participantes** para que estes se tornem mais conscientes do seu estilo de vida e das consequências que este tem na sua saúde, **tornando mais efetivas essas intervenções.** Face aos constrangimentos assinalados relativamente à adesão deste grupo etário às intervenções habitualmente propostas, **importará que em conjunto com todos os atores envolvidos se procurem as estratégias mais adequadas.**

Relativamente às **doenças crónicas**, com principal destaque para a HTA, diabetes, pré-obesidade e obesidade, **importa continuar a atuar no seu controlo através das medidas farmacológicas mas também através de medidas transversais que apoiem um estilo de vida promotor de saúde**, sendo também justificada a atenção das **intervenções ao nível dos comportamentos de risco**, sobretudo nos homens que apresentam resultados mais desfavoráveis a esse nível.

Os resultados confirmam a importância dos fatores pessoais biológicos, psicológicos, socioculturais e a autoeficácia percebida para a adoção de estilos de vida promotores de saúde nas pessoas de meia-idade e **confirmam as relações teoricamente estabelecidas pelo Modelo de Promoção da Saúde** que tivemos como referência.

Sendo importante que se desenvolva mais investigação que aprofunde alguns dos aspetos analisados, **poderemos de imediato ter em conta estes resultados no planeamento e na priorização de intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis** nas pessoas de meia-idade e também na quantificação de ganhos em saúde que daí possam advir, pelo que nos propomos a divulgar estes resultados, ao nível da ULSBA, com a maior brevidade.

O **papel dos enfermeiros na promoção de estilos de vida saudáveis aparece evidenciado** nesta investigação mas com particular ênfase ao nível das intervenções comunitárias.

### 1.2. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os resultados desta investigação sugerem que, para uma prática mais efetiva da promoção de estilos de vida saudáveis, pode haver mérito em:

- Reforçar a promoção de estilos de vida saudáveis, com início precoce mas que se mantém ao longo da vida, com vista a um envelhecimento saudável.
- Manter e incrementar o desenvolvimento de intervenções com base na avaliação das necessidades de saúde, realizada com as pessoas e grupos da comunidade.

- A metodologia de planeamento em saúde deve sempre constituir-se a base das intervenções para que estas se adequem às necessidades sentidas e expressas por todos os envolvidos, contribuindo para a melhoria da saúde das pessoas e para o desenvolvimento das comunidades.
- Privilegiar o desenvolvimento de intervenções inseridas em Projetos e Programas com continuidade (preferencialmente programados a médio ou longo prazo, com avaliações semestrais face à rapidez das transformações) em detrimento das intervenções pontuais.
- Privilegiar o desenvolvimento de intervenções integradas e intersectoriais que procurem maximizar os recursos das comunidades.
- Fortalecer as parcerias intersectoriais já existentes diminuindo as barreiras e aumentando as sinergias.
- Incrementar e/ou desenvolver novas parcerias com as organizações comunitárias representativas dos cidadãos.
- Reforço do trabalho em rede entre os municípios, os CSP e outras organizações comunitárias, através da melhoria do processo comunicacional.
- Fortalecer o trabalho em equipas multiprofissionais e interdisciplinares.
- Fortalecer a integração dos cuidados entre as diferentes unidades dos CSP e também com as unidades hospitalares para assegurar intervenções e cuidados contínuos adequados às necessidades sentidas e expressas.
- Envolvimento dos profissionais dos CSP e das autarquias locais (porque estão próximos das pessoas, famílias e comunidades) no desenvolvimento das políticas de promoção da saúde ao nível regional e nacional.
- Promover a formação dos profissionais de saúde e os profissionais das autarquias locais, dotando-os de competências ao nível da promoção da saúde e da utilização de metodologias que privilegiem a participação comunitária.
- Desenvolver e institucionalizar estratégias e mecanismos que coloquem os cidadãos e as comunidades no centro das iniciativas, facilitando a sua participação efetiva através de um envolvimento ativo, integrador e promotor da equidade, com vista a aumentar a participação dos grupos vulneráveis (e.g., pessoas mais velhas, com doença crónica, desempregadas, que vivem sozinhas, com baixos rendimentos e baixa escolaridade) nas intervenções de promoção da saúde: ao nível do seu planeamento, implementação e avaliação e em todos os processos de decisão. Tendo também como meta aumentar a sua adesão a comportamentos promotores de saúde.
- Desenvolver estratégias que permitam um incremento da cidadania em saúde, com início em idades precoces, fomentando o envolvimento dos jovens de forma dinâmica e integradora que permita a sua maior participação pública e o incremento da sua literacia em saúde.
- Reforço da literacia da saúde, apoio no autocuidado, proteção e promoção dos direitos dos cidadãos de todas as idades, assegurando a sua participação nos processos de tomada de

decisão por forma a aumentar a sua capacitação, o seu empoderamento e a sua responsabilidade em saúde.

- Desenvolver estratégias que permitam o aumento da participação ativa e da adesão às intervenções pelas pessoas adultas em idade ativa.
- Promover mecanismos de avaliação da eficácia das intervenções promotoras de estilos de vida saudáveis, com base numa estratégia que permita uniformizar conceitos e indicadores.
- Aplicar processos de melhoria contínua da qualidade: medir sistematicamente a qualidade das intervenções de promoção da saúde em termos de participação ativa dos cidadãos, de estratégias, de estrutura, de processo e de resultados.
- Valorizar o trabalho de promoção da saúde desenvolvido na comunidade pelos CSP, pelos municípios e outras organizações comunitárias, através da partilha de resultados e de estratégias práticas de projetos com impacto positivo na comunidade.
- Criar oportunidades para que as equipas que intervêm na promoção de estilos de vida saudáveis possam partilhar os desafios (sucessos e insucessos) a que estão sujeitas, bem como as suas melhores práticas.
- Criar e aproveitar todas as oportunidades para que os enfermeiros liderem equipas e intervenções promotoras de saúde, de forma colaborativa e centrados nas pessoas, dando visibilidade ao seu trabalho e aos resultados obtidos.
- Fortalecer uma prática baseada na evidência, que integra os resultados da melhor investigação em promoção da saúde.
- Manter e incrementar as intervenções de grupo de promoção de estilos de vida saudáveis, com algum ênfase para as atividades que promovem a atividade física.
- Face à sua influência na adoção de estilos de vida promotores de saúde importa desenvolver intervenções que incrementem a autoeficácia.
- Face ao elevado risco de desenvolvimento ou agravamento de doenças crónicas apresentado pelas pessoas de meia-idade importa que sejam desenvolvidas intervenções específicas para este grupo etário, que tenham em conta os fatores que foram identificados nestes estudos, e que tenham como objetivo não só a promoção de estilos de vida saudáveis mas também a mudança comportamental: aumento dos comportamentos promotores de saúde e diminuição dos fatores de risco.
- Importará continuar a atuar na prevenção e no controlo das doenças crónicas, através das medidas farmacológicas e da promoção de um estilo de vida saudável onde a componente promotora de saúde prevaleça sobre os comportamentos de risco.
- Incorporar nas consultas dos CSP a avaliação sistemática da autoperceção de saúde, importante preditor das alterações do nível de saúde dos adultos.

- A informação relativa aos fatores pessoais (biológicos, socioculturais e psicológicos) devem ser tidos em consideração para o desenvolvimento de futuras intervenções nas pessoas de meia-idade do Baixo Alentejo.
- O Modelo de Promoção da Saúde foi um importante referencial para este estudo pelo que sugerimos que seja utilizado no planeamento de intervenções de promoção de estilos de vida saudáveis.

### 1.3. IMPLICAÇÕES PARA O ENSINO DA ENFERMAGEM

Os enfermeiros têm, como vimos, um papel essencial a desenvolver enquanto promotores de estilos de vida saudáveis mas também enquanto agentes de mudança e melhoria dos cuidados de saúde, num trabalho que importa ser desenvolvido com as pessoas, famílias, comunidades e organizações comunitárias. Como tal é necessária uma formação que lhes dê as competências necessárias para atingir esses objetivos, deste modo importa:

- Valorizar e/ou reforçar a componente teórico-prática da Saúde Pública e da Saúde Comunitária nos planos de estudos do 1º ciclo dos Cursos de Enfermagem.
- Manter e incrementar o desenvolvimento de competências e treino, nos programas de ensino de enfermagem e ao longo do percurso profissional, sobre Planeamento em Saúde, Promoção da Saúde e Metodologias participativas em intervenção em saúde.
- Manter e incrementar o desenvolvimento de competências e treino, nos programas de ensino de enfermagem e ao longo do percurso profissional, sobre liderança, gestão partilhada e de capacidade de partilha de decisões.
- Manter e incrementar o desenvolvimento de competências, nos programas de ensino de enfermagem e ao longo do percurso profissional, sobre o processo de envelhecimento, perfil de saúde ligado ao envelhecimento e necessidades de saúde decorrentes e também sobre estratégias promotoras da saúde ao longo da vida.
- Manter e incrementar o desenvolvimento de competências e treino, nos programas de ensino de enfermagem e ao longo do percurso profissional, de escuta ativa, comunicação e de educação, nomeadamente ao nível de metodologias ativas e participativas.
- Implementar unidade de apoio à formação para a aprendizagem ao longo da vida, onde sejam desenvolvidas as competências sentidas como necessárias para melhorar o desempenho profissional dos enfermeiros (e de outros profissionais) na promoção da saúde.
- As instituições de ensino superior na área da saúde (e.g., Escola Superior de Saúde do IPBeja) deverão continuar a promover a intervenção comunitária através dos projetos desenvolvidos pelos estudantes nos Ensinos Clínicos e Estágios nas Unidades de CSP. Devendo esse trabalho ser reforçado ao nível de uma maior proximidade institucional com os serviços de saúde e com



as autarquias locais, através do desenvolvimento de metodologias de planeamento e investigação participadas.

- Reforço das ligações às organizações comunitárias e às comunidades onde as Escolas estão inseridas através de parcerias dinâmicas que procurem soluções intersectoriais para os problemas identificados abrindo a possibilidade da participação das Escolas nos projetos de promoção de estilos de vida saudáveis desenvolvidos por essas organizações.

### 1.4. IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO

Os resultados desta investigação constituem uma mais-valia para investigação uma vez que reforçam a importância dos fatores e dos componentes do Estilo de Vida Promotor de Saúde. Não encontramos, no nosso país, estudos que tivessem utilizado a escala Perfil de Estilos de Vida Promotores de Saúde para analisar e relacionar os estilos de vida com os fatores propostos pelo Modelo Promotor de Saúde, pelo que este estudo oferece essa perspetiva inovadora podendo ser replicado noutros contextos e noutros grupos etários. Outro aspeto que gostaríamos de destacar foi a perspetiva inovadora que procurámos dar ao relacionarmos os comportamentos de risco com os comportamentos promotores de saúde. Dando continuidade a estes resultados parece-nos que pode haver mérito em:

- Desenvolver investigação participativa, e de apoio à inovação da prática, de base comunitária onde o envolvimento dos membros da comunidade no processo de investigação maximizará os recursos comunitários e a capacitação comunitária.
- Desenvolver e aplicar indicadores de saúde que evidenciem as dimensões associadas à promoção da saúde.
- Realizar estudos longitudinais para investigar o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis, procurando captar as variações sociodemográficas ao longo do tempo.
- Replicar o estudo quantitativo noutros contextos e grupos etários pode ser benéfico para evidenciar diferenças e semelhanças explorando os efeitos dos diferentes fatores sobre os estilos de vida promotores de saúde.
- Pesquisas futuras com uma abordagem indutiva podem ser úteis para aprofundar mais a análise de algumas variáveis relativamente à sua relação com os estilos de vida das pessoas de meia-idade.
- Porque a atividade física é reconhecidamente um importante determinante da saúde das pessoas e do envelhecimento saudável importa continuar a investigar as causas do seu score inferior tendo especial atenção para as mulheres.

### 1.5. LIMITAÇÕES

Ao longo de todas as etapas da investigação procurámos pautar-nos pelo rigor, no entanto, não conseguimos eliminar todas as limitações e são essas que passamos a apresentar de forma sintética:

- As dificuldades iniciais em aceder aos participantes de meia-idade, levou-nos à procura de melhores estratégias que, embora se tivessem revelado produtivas, atrasaram a colheita de dados e o término da investigação. É no entanto de reforçar que esta seria de todo impossível sem a preciosa colaboração dos enfermeiros dos CSP no incentivo da participação das pessoas de meia-idade.
- O desenho complexo desta investigação e o número muito extenso de variáveis ao nível do estudo quantitativo tornou morosa a análise dos dados bem como a sua posterior discussão. Impediu-nos também de aprofundar alguns aspetos relativos a algumas variáveis.
- O facto de termos usado questionários de autorrelato, baseados principalmente numa avaliação subjetiva da saúde, que podem conduzir a respostas que procuram ir ao encontro do que é desejado e aceite socialmente e não corresponder na totalidade aos seus comportamentos reais. No entanto procurámos minimizar esta limitação através da salvaguarda do anonimato, bem como do sigilo e da confidencialidade das informações prestadas.
- Os participantes de meia-idade são pessoas que se encontram inscritos nos Centros de Saúde do Baixo Alentejo pelo que a generalização dos resultados desta investigação será limitada.
- O desenho transversal do estudo não nos permite uma avaliação da evolução dos estilos de vida promotores de saúde na população estudada - frequentemente os estilos de vida alteram-se ao longo do tempo o que não foi capturado neste estudo.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS<sup>69</sup>

- Abellán, G. B., Hidalgo, J. D. L., Sotos, J. R., López, J. L., & Jiménez, C. L. V. (2016). Alimentación saludable y autopercepción de salud. *Atención Primaria*, 48, 535-542. doi: org/10.1016/j.aprim.2015.12.001.
- Acton, G. J., & Malathum, P. (2000). Basic Need Status and Health-Promoting Self-Care Behavior in Adults. *Western Journal of Nursing Research*, 22(7), 796-811.
- Adams, M. H., Bowden, A. G., Humphrey, D. S., & McAdams, L. B. (2000). Social support and health promotion lifestyles of rural women. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 1, 28-40.
- Adella, C. N., Ruab, M. P., Solerc, J. C., Alvareza, C. S., & Farga, A. E. (2016). La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección. *Atención Primaria*, 48 (10), 642-648.
- Administração Regional de Saúde do Alentejo [ARSA]. (2012). *Perfil de Saúde do Alentejo* (atualização Dezembro 2012). Évora: ARSA, IP.
- Agazio, J. G., & Buckley, K. M. (2010) Finding a Balance: Health Promotion Challenges of Military Women. *Health Care for Women International*, 31(9), 848-868.
- Aires, L. (2015). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ajzen I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Albarelo, L., Digneffe, F., Hiernaux, J., Maroy, C., Ruquoy, D., & Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Al-Kandari, F., Vidal, V. L., & Thomas, D. (2008). Health-promoting lifestyle and body mass index among College of Nursing students in Kuwait: a correlational study. *Nursing and Health Sciences*, 10, 43-50. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00370.x
- Al-Khawaldeh, O. A. (2014). Health promoting lifestyles of Jordanian university students. *International Journal of Advanced Nursing Studies*, 3, 27-31. doi: 10.14419/ijans.v3i1.1931
- Almeida, M. (2009). *Promoção da Saúde depois dos 65 anos: elementos para uma política integrada de envelhecimento*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Tese de doutoramento. Recuperado de: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4307>.
- Almeida, H. (2012). Biologia do Envelhecimento: Uma Introdução. In: Paúl, C., & Ribeiro, O. (Coord.). *Manual de Gerontologia*. (pp. 21-40). Lisboa: Lidel.
- Almeida, J. F., & Pinto, J. M. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais* (5ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.

---

<sup>69</sup> Lista de referências bibliográficas de acordo com a 6ª Edição das normas da APA [American Psychological Association]

- Alpar, S. E., Senturan, L., Karabacak, U., & Sabuncu, N. (2008). Change in the health promoting lifestyle behavior of Turkish university nursing students from beginning to end of nurse training. *Nurse Education in Practice*, 8, 382-388.
- American Psychological Association [APA] (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: Author.
- Ammouri, A. A. (2008). Demographic differences in health promotion lifestyle of adult Jordanians. *Jordan Medical Journal*, 42 (4), 2-9.
- Andrade, M. L. (2014). *A saúde e os estilos de vida dos jovens adultos com Diabetes Tipo 1*. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana. Tese de Doutoramento. Recuperado de: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/7455>.
- Arras, R., Ocletree, R., & Welshimer, K. (2006). Health promoting behaviors in men age 45 and above. *International Journal of Men's Health*, 5(1), 65-79.
- Asrami, F. S., Hamzehgardeshi, Z., & Shahhosseini, Z. (2016). Health Promoting Lifestyle Behaviors in Menopausal Women: A Cross-Sectional Study. *Global Journal of Health Science*, 8, 128-134. doi: 10.5539/gjhs.v8n8p128
- Atun, R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Baheiraei, A., Mirghafourvand, M., Mohammadi, E., Nedjat, S., Charandabi, S. M., Rajabi, F., & Majdzadeh, R. (2011). Health-promoting behaviors and social support of women of reproductive age, and strategies for advancing their health: protocol for a mixed methods study. *BMC Public Health*, 11.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2008). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 723-6.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2012). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD].
- Bandeira, M. L., Azevedo, A. B., Gomes, C. S., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Baptista, M. I., ... Cabral, M. V. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): evolução e perspetivas*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Baptista, F., Silva A. M., Marques, E., Mota J., Santos R., Vale S., ... Moreira, H. (2011a). Livro Verde da Aptidão Física. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Baptista, F., Silva A. M., Santos, D. A., Mota J., Santos R., Vale S., ... Moreira, H. (2011b). Livro Verde da Atividade Física. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (5ª Edição – revista e atualizada). Lisboa: Edições 70.
- Barreto, M., Gaio, V., Kislaya, I., Antunes, L., Rodrigues, A. P., Silva, A. C., ... Dias, C. M. (2016). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP).

- Bárrios, M. J. (2011). Programas de intervenção municipal orientados para a promoção do envelhecimento ativo. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa. Dissertação de Mestrado. Recuperado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/5895/1/B%C3%A1rrios%20Maria%20Jo%C3%A3o%20TM%202011.pdf>
- Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 188-196.
- Barrios-Vicedo, R., Navarrete-Muñoz, E. M., Hera, M. G., González-Palacios, S., Valera-Gran, D., Checa-Sevilla, J. F., Gimenez-Monzo, D., & Vioque, J. (2015). Una menor adherencia a la dieta mediterránea se asocia a una peor salud autopercebida en población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(2), 785-792.
- Bartali, B., Frongillo, E., Guralnik, J., Stipanuk, M., Allore, H., Cherubini, A., ... Gill, T. (2008). Serum Micronutrient Concentrations and Decline in Physical Function Among Older Persons. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 299 (3), 308-315.
- Basto, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança – um caso de intervenção num grupo de Enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina - Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 11-18.
- Basto, M. L. (Org.). (2012). *Cuidar em Enfermagem – Saberes da prática*. Coimbra: Formasau.
- Beaglehole, R., Bonita, R., & Kjellström. (2003) *Epidemiologia Básica*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Beal, C.C., Stuifbergen, A.K., & Brown, A. (2009). Predictors of a health promoting lifestyle in women with fibromyalgia syndrome. *Psychology, Health & Medicine*, 14(3), 343-353.
- Becker, C., & Arnold, W. (2004). Health promoting behaviors of older Americans versus young and middle aged adults. *Educational Gerontology*, 30, 835–844.
- Belo, A. P. (2012). A Educação para a Saúde nas Crianças e nos Jovens numa Escola de Ensino Básico: Contributos Sociológicos para uma Vida Saudável. Évora: Universidade de Évora. Tese de Doutoramento. Recuperado de: <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/2372>.
- Belsky, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento: Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.
- Benton, D. (2012). Advocating Globally to Shape Policy and Strengthen Nursing's Influence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 17(1).
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas – uma abordagem geral*. Lisboa: Lusodidacta.
- Berkman N. D., DeWalt D. A., Pignone M. P., Sheridan S .L., Lohr K. N., Lux, L., ... Bonito, A. J. (2004). *Literacy and health outcomes: Evidence Report/Technology Assessment N.º 87*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
- Beser, A., Bahar, Z., & Buyukkaya, D. (2007). Health promoting behaviors and factors related to lifestyle among Turkish workers and occupational health nurses' responsibilities in their health promoting activities. *Industrial Health*, 45, 151-9.
- Bhatia, M., & Rifkin, S. B. (2013). Primary health care, now and forever? A case study of a paradigm change. *International Journal of Health Services*, 43(3), 459-71.
- Bicudo, M. (2009). *Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade - contributos de enfermagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/1844>.
- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 335-41.
- Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F. L., Gonçalves, I. F., Antunes, A. R., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para novos sucessos*. (2ª Ed. Revista e atualizada). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação: Uma Introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borgonovi, F., & Pokropek, A. (2016). Education and Self-Reported Health: Evidence from 23 Countries on the Role of Years of Schooling, Cognitive Skills and Social Capital. *Plos One*.
- Burke, J. N., Bird, J. A., Clark, M. A., Rakowski, W., Guerra, C., Barker, J. C., & Pasick, R. J. (2009). Social and Cultural Meanings of Self-Efficacy. *Health Educational Behaviour*, 36 (5 Suppl), 111S-128S.
- Cai, J., Coyte, P. C., & Zhao, H. (2017). Determinants of and socio-economic disparities in self-rated health in China. *International Journal for Equity in Health*, 16 (7), 2-17.
- Caldeira, E. (2015). *Promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes: a educação sexual em contexto escolar*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento. Recuperado de: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/20228>.
- Callaghan, D. (2005). Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22(3), 169-178.
- Callaghan, D. (2006). The influence of basic conditioning factors on healthy behaviors, self-efficacy, and selfcare in adults. *Journal of Holistic Nursing*, 24(3), 178–185.
- Camões, M., & Lopes, C. (2008). Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 208-216.
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Campos-Matos, I., Russo, G., & Perelman, J. (2016). Connecting the dots on health inequalities: A systematic review on the social determinants of health in Portugal. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1.



- Canhestro, A. S., & Basto, M. L. (2016). Resultados Sensíveis às Intervenções de Enfermagem na Promoção do Envelhecimento Saudável. Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 48-71.
- Carvalho, A. A. S. (2007). *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Braga: Universidade do Minho. Tese de Doutoramento. Recuperado de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7518>.
- Carvalho, J., & Mota, J. (2012). O Exercício e o Envelhecimento. In: Paúl, C., & Ribeiro, O. (Coord.). *Manual de Gerontologia*. (pp. 71-91). Lisboa: Lidel.
- Cha, N. H., Seo, E. J., & Sok, S. R. (2012). Factors influencing the successful aging of older Korean adults. *Contemporary Nurse*, 41(1), 78-87.
- Chetty, R., Stepner, M., Abraham, S., Lin, S., Scuderi, B., Turner, N., Bergeron, A., & Cutler, D. (2016). The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA Published online*.
- Chick, N., & Meleis A. I. (1986). Transition: a nursing concern. In Chinn, P. L. *Nursing research methodology* (pp. 237-257). Reckeville: Aspen.
- Chilton, L., Hu, J., & Wallace, D. C. (2006). Health-promoting lifestyle and diabetes knowledge in Hispanic American adults. *Home Health Care Management & Practice*, 18(5), 378-385.
- Chouhan, S. (2017). Analysing health promoting life styles of medical students in Bhopal, Madhya Pradesh, India by HPLP-II. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 4, 195-199. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20164737
- Cid, P., Merino, J. P., & Stiepovich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile*, 134, 1491-1499.
- Comissão Europeia (2014). Regulamento (UE) n.º 282/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho de 11 de Março de 2014 - Relativo à criação de um Terceiro Programa de Ação da União no Domínio da Saúde (2014-2020). *Jornal Oficial da União Europeia*, 86/1-86/13.
- Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde [CDSS]. (2010). *Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde*. Portugal, Organização Mundial da Saúde.
- Commission on Social Determinants of Health [CSDH]. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report*. Geneva: WHO.
- Conn, V., Minor, M., Burks, K., Rantz, M., & Pomeroy, S. (2003). Integrative review of physical activity intervention research with aging adults. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 58 (8), 1159-1168.
- Cook, J. (2011). The socio-economic contribution of older people in the UK. *Working with Older People*, 15(4):141-6.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 75-82.

- Coulter, A. (2012). *Leadership for patient engagement*. The King's Fund. Recuperado de <https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/leadership-patient-engagement-angela-coulter-leadership-review2012-paper.pdf>.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient focused interventions: A review of the evidence*. Health Foundation. Recuperado de [http://www.health.org.uk/sites/health/files/PatientFocusedInterventions\\_ReviewOfTheEvidence.pdf](http://www.health.org.uk/sites/health/files/PatientFocusedInterventions_ReviewOfTheEvidence.pdf).
- Crisp, L. N. (coord.), Berwick, D., Kickbush, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, S. (2014). *Um futuro para a saúde - todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Currie, C., Hunt, S., & Amos, A. (1990). The incidence and correlates of health related behavioural change in a small Scottish community. *Public Health*, 104 (5), 335-344.
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2006). *Education and Health: Evaluating Theories and Evidence*. Paper from the conference: "The Health Effects of Non-Health Policies". Recuperado de [http://www.econ.ucla.edu/alleras/research/books/Education\\_and\\_Health\\_July\\_2006.pdf](http://www.econ.ucla.edu/alleras/research/books/Education_and_Health_July_2006.pdf).
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding Differences in Health Behaviors by Education. *Journal Health Economy*, 29(1), 1-28.
- Dannefer, D. (1984) Adult Development and Social Theory: A Paradigmatic Reappraisal. *American Sociological Review*, 49(1), 100-116.
- Darnton-Hill, I., Nishida, C., & James, W. P. T. (2004). A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Public Health Nutrition*, 7 (1A), 101-121.
- Davim, R., Araújo, M., Nunes, V., Alchieri, J., Silva, R., & Carvalho, C. (2010). Aspects related to healthy aging human. *Journal of Nursing UFPE*, 4, 2018-2024. doi: 10.5205/1981-8963-v4i4a6388p1961-1967-2010
- De Walque, D. (2007). Does education affect smoking behaviors? Evidence using the Vietnam draft as an instrument for college education. *Journal of Health Economics*, 26(5), 877-895.
- Decreto-Lei n.º 183/2008 (2008). *Criação da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo [ULSBA]*. Diário da República I série. Nº 171 (04-09-2008), 6225-6233.
- Decreto-Lei nº 28/2008. (2008). *Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República I série. Nº 38 (22-02-2008), 1182-1189.
- Despacho n.º 10143/2009 (2009). *Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC]*. Diário da República II série. Nº 74 (16- 04-2009), 38742.
- Despacho n.º 22780/2008 (2008). *Extinção do Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Diário da República II série. Nº 172 (05-09-2008), 15438-15440.
- Despacho n.º 3618-A/2016 (2016). *Criação do Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados*. Diário da República II série. Nº 49 (10-03-2016), 86605-86606.

- Despacho n.º 6401/2016 (2016). *Programas Prioritários a desenvolver no âmbito do PNS*. Diário da República II série. Nº 94, (16-05-2016). 15239.
- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1228-39.
- Dick, J., Clarke, M., Van Zyl, H., & Daniels, K. (2007). Primary health care nurses implement and evaluate a community outreach approach to health care in the South African agricultural sector. *International Nursing Review*, 54(4), 383-390.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2003). *Saúde na Comunidade – Guia orientador para elaboração de indicadores*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2005). *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2006a). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS, Divisão da Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2006b). *Programa Nacional de saúde dos jovens 2006/2010*. Lisboa: DGS, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2012a). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Orientações Programáticas*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2012b). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo – Orientações Programáticas*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2014). *Portugal – Alimentação Saudável em números – 2014*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2015a). *A Saúde dos Portugueses – perspetiva 2015*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2015b). *A Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: DGS.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2016a). *Portugal: Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015*. Lisboa: DGS, Direção de Serviços de Informação e Análise.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2016b). *Processo Assistencial Integrado da Pré-obesidade no Adulto*. Lisboa: DGS, Departamento da Qualidade na Saúde.
- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes - The State of the Science*. (2<sup>nd</sup> ed.). Toronto: Jones & Bartlett Learning.
- Drennan, V., Iliffe, S., Haworth, D., Tai, S., Lenihan, P., & Deave, T. (2005) The feasibility and acceptability of a specialist health and social care team for the promotion of health and independence in 'at risk' older adults. *Health & Social Care In The Community*, 13 (2), 136-144.
- Driessnack, M., Sousa, V. D., & Mendes, I. M. C. (2007). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para Enfermagem: Parte 3 - Métodos mistos e múltiplos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(5), 179-182.

- Durval, M. (1992). *Equipas nucleares de saúde – uma proposta de gestão para os Centros de Saúde*. Beja: ARS de Beja.
- Dussault, G., & Fronteira, I. (2010). *Recursos humanos para a saúde (RHS) Integrado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016* (Portugal). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Easom, L. (2003). Concepts in health promotion: perceived self-efficacy and barriers in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (5), 11-19.
- Enjebab, B., Farajzadegan, Z., Taleghani, F., Aflatoonian, A., & Morowatisharifabad, M.A. (2012). Health Promoting Behaviors in a Population-based Sample of Middle-aged Women and its Relevant Factors in Yazd, Iran. *International Journal of Preventive Medicine*, (Special Issue), S191-S198.
- Entidade Reguladora da Saúde [ERS]. (2009). *Estudo do acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS*. Porto: ERS.
- Eriksson, H. G., von Celsing, A. S., Wahlstrom, R., Janson, L., Zander, V. & Wallman, T. (2008) Sickness absence and self-rated health in a population-based study of 43,600 individuals in central Sweden. *BMC Public Health*, 30(8), 426-433.
- Esteves, M. (2006). Análise de conteúdo. In: Lima, J. & Pacheco, A. (Orgs). *Fazer investigação: Contributos para a elaboração de dissertações e teses*. (pp. 106-126). Porto: Porto Editora.
- Eurobarometer (2014). *Sport and physical activity*. Special Eurobarometer, 412. Brussels: European Commission.
- Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto [FCNAUP], Instituto do Consumidor, Programa Operacional Saúde XXI (2003). *A Nova Roda dos Alimentos...um guia para a escolha alimentar diária! Coma bem, viva melhor!* Lisboa: Programa Operacional Saúde XXI.
- Fagalha, T. (2005). A meia-idade da mulher. *Psicologia*, 19 (1-2), 13-17.
- Ferguson, S. L. (2013). The global quest for nursing excellence. *Journal of Nursing Administration*, 43, 555–556.
- Fernandes, A. A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*, vol. XLII (183), 2007, 419-443.
- Fischer, M., & Ereaut, G. (2012). *When doctors and patients talk: Making sense of the consultation*. Health Foundation. Recuperado de <http://www.health.org.uk/sites/health/files/WhenDoctorsAndPatientsTalkMakingSenseOfTheConsultation.pdf>.
- Flood, M., & Scharer, K. (2006). Creativity enhancement: possibilities for successful aging. *Issues in mental health nursing*, 27 (9), 939-959.
- Fonseca, A. M. (2012). Desenvolvimento Psicológico e processos de transição-adaptação no decurso do Envelhecimento. In: Paúl, C., & Ribeiro, O. (Coord.). *Manual de Gerontologia*. (pp. 95-106). Lisboa: Lidel.

- Fonseca, C. J. V. (2013). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12196>.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação - da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Freixo, M. J. V. (2012). *Metodologia Científica. Fundamentos, métodos e técnicas* (4ª Ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Fundação Calouste Gulbenkian [FCG] (2009). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Lisboa: FCG.
- Genaro, P., Sarkis, K., & Martini, L. (2009). O efeito da restrição calórica na longevidade. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 53 (5), 667-72.
- George, F. (2012, Março-Abril). Causas de Morte em Portugal e Desafios na Prevenção. *Acta Médica Portuguesa*, 25 (2), 61-63.
- George, F. (2014). *Sobre Determinantes da Saúde*. Lisboa: DGS. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>.
- Gonçalves, B., Fagulha, T., & Ferreira, A. (2005). A depressão nas mulheres de meia-idade: estudo sobre as utentes dos cuidados de saúde primários. *Psicologia*, 19 (1-2), 39-56.
- Graça, P., & Gregório, M. J. (2012). Evolução da política alimentar e de nutrição em Portugal e suas relações com o contexto internacional. *Revista SPCNA*, 18 (3), 79-96.
- Graça, P., & Gregório, M. J. (2013). A Construção do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Aspectos Conceptuais, Linhas Estratégicas e Desafios Iniciais. *Revista Nutricias*, 18, 6-9, APN.
- Greene, W., & Simons-Morton, B. (1988). *Educacion para la salud*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Grossbaum, M. F., & Bates, G. W. (2002). Correlates of psychological well-being at midlife: The role of generativity, agency and communion, and narrative themes. *International Journal of Behavioral Development*, 26 (2), 120-127.
- Guedes, N. G., Moreira, R. P., Cavalcante, T. F., Araújo, T. L., Lopes, M. V. O., Ximenes, L. B., & Vieira, N. F. C. (2012). Nursing interventions related to health promotion in hypertensive patients. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 151-156.
- Haddad, L., Kane, D., Rajacich, D., Cameron, S., & Al-Ma'aitah, R. (2004). A Comparison of Health Practices of Canadian and Jordanian Nursing Students. *Public Health Nursing*, 21(1), 85-90.
- Han, B., Phillips, C., Ferruci, L., Bandeen-Roche, K., Jylha, M., & Kasper, J. (2005). Change in Self-Rated and Mortality among Community-Dwelling Disabled Older Woman. *The Gerontologist*, 45, 2, 216-221.

- Hartman-Stein, P., & Potkanowicz, E. (2003). Behavioral determinants of healthy aging: good news for the baby boomer generation. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8 (2), 17 p.
- Hill, M. G., & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2ª edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hoepfner, B. B., Kelly, J. F., Urbanoski, K. A., & Slaymaker, V. (2011). Comparative Utility of a Single-Item vs. Multiple-Item Measure of Self-Efficacy in Predicting Relapse among Young Adults. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(3), 305-312.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar - persistir em conjunto na existência*. Loures, Lusociência.
- Hooker, S., Seavey, W., Weidmer, C., Harvey, D., Stewart, A., Gillis, ... King, A. (2005). The California Active Aging Community Grant Program: Translating Science Into Practice to Promote Physical. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(3). 155-165.
- Huang, S., Li, R., & Tang, F. (2010). Comparing disparities in the Health-promoting Lifestyles of Taiwanese Workers in Various Occupations. *Industrial Health*, 48, 256–264.
- Hughes, L., & Pearson, A. (2013). Encouraging healthy ageing: a vital element oh NHS reform. *British Journal of Nursing*, 22(3), 174-178.
- Huizinga, M. M., Beech, B. M., Cavanaugh, K. L., Elasy, T. A., & Rothman, R. L. (2008). Low numeracy skills are associated with higher BMI. *Obesity*, 16, 1966-8.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2002). *O envelhecimento em Portugal*. Lisboa: DECP / Serviço de Estudos sobre a População.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2007a). *Atualidades*. Recuperado de <http://www.alea.pt/html/actual/html/act51.html>.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2007b). *Dia Mundial da População*. Destaque – Informação à Comunicação Social. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2008). *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2010). *Balança Alimentar Portuguesa 2003-2008*. Destaque – Informação à Comunicação Social. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011). *Classificação Portuguesa de Profissões 2010*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012a). *Censos 2011 Resultados definitivos – Portugal*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012b). *Censos 2011 Resultados definitivos – Região Alentejo*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012c). *Saúde e Incapacidades em Portugal 2011*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2013). *Anuário Estatístico do Alentejo 2012*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2014a). *Projeções de população residente 2012-2060*. Destaque – Informação à Comunicação Social. Lisboa: INE.



- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2014b). *Balança Alimentar Portuguesa 2008-2012*. Destaque – Informação à Comunicação Social. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2016a). *Tábuas de Mortalidade para Portugal 2013-2015*. Destaque – Informação à Comunicação Social. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2016b). *Estatísticas da Saúde – 2014*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2016c). *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA] & Instituto Nacional de Estatística [INE] (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa.
- International Council of Nurses [ICN]. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. (Edição Portuguesa). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses [ICN]. (2009). *Nursing Matters - Nursing sensitive outcome indicators*. Geneva: ICN.
- International Council of Nurses [ICN]. (2016). *Enfermeiros: uma força para a mudança – para um Sistema de Saúde mais resiliente*. (Edição Portuguesa). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- International Council of Nurses [ICN]. (2017). *Enfermeiros: uma voz de liderança – Alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. (Edição Portuguesa). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jacobson, P. M. (2012). *Evidence synthesis for the effectiveness of interprofessional teams in primary care*. Canadian Health Services Research Foundation.
- Johnson, R. L. (2005). Gender Differences in Health-Promoting Lifestyles of African Americans. *Public Health Nursing*, 22(2), 130-137.
- Kadioglu, H., Albayrak, S., & Esin, M.N. (2013). Public health nursing education in Turkey: A national survey. *International Nursing Review*, 60, 536-542.
- Keller, L. O., Strohschein, S., & Schaffer, M. A. (2011). Cornerstones of public health nursing. *Public Health Nursing*, 28, 249-260.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K., & Turunen, H. (2013). Nurses' roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*, 28, 490-501.
- Kirby, S. E., Coleman, P. G., & Daley, D. (2004). Spirituality and well-being in frail and non-frail older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 59(3), 123-129.
- Kickbusch, I. (2005). The dynamics of health promotion: from Ottawa to Bangkok. *Reviews of Health Promotion and Education Online*.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. London: Alliance for Health and the Future. International Longevity Centre-UK.

- Kimura, M., Moriyasu, A., Kumagai, S., Furuna, T., Akita, S., Kimura, S., & Suzuki, T. (2013). Community-based intervention to improve dietary habits and promote physical activity among older adults: A cluster randomized trial. *BMC Geriatrics*, 13(8), 1-11.
- King, I. (1981). *A theory for nursing: systems, concepts, process*. New York: Wiley Medical Publications.
- Kirag, N., & Ocaktan, E. M. (2013). Analysis of health promoting lifestyle behaviors and associated factors among nurses at a university hospital in Turkey. *Saudi Medical Journal*, 34(10), 1062-1067.
- Lachman, M. E. (2004). Development in Midlife. *Annual Review of Psychology*, (55), 305-331.
- Larrea, N. F., Calderín, A. M. C., Dueñas, R. M. B., Rodríguez, M. R., & Díaz, V. P. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (1), 6-12.
- Laverack, G. (2008). *Promoção da saúde – Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Laws, R. A., Williams, A. M., Davies, G. P., Eames-Brown, R., Amoroso, C., & Harris, M. F. (2008). A square peg in a round hole? Approaches to incorporating lifestyle counselling into routine primary health care. *Australian Journal of Primary Health*, 14 (3), 101-111.
- Laws, R. A., Chan, B. C., Williams, A. M., Davies, G. P., Jayasinghe, U. W., Fanaian, M., & Harris, M. F. (2010). An efficacy trial of brief lifestyle intervention delivered by generalist community nurses (CN SNAP trial). *BMC Nursing*, 9 (4), 1-10.
- Lee, C. J. (2009). A Comparison of Health Promotion Behaviors in Rural and Urban Community-Dwelling Spousal Caregivers. *Journal of Gerontological Nursing*, 35 (5), 34-40.
- Lei Nº 48/90 (1990). *Lei de Bases da Saúde*. Diário da República I Série. Nº 195 (24-08-1990), 3452-3464.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (2012). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas* (5ª Edição). Lisboa: Artes Gráficas, Lda.
- Levesque, J. F., Harris, M., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12 (1), 1-9.
- Lima, J. (2006). Ética na Investigação. In: Lima, J. & Pacheco, A. (Orgs). *Fazer investigação: Contributos para a elaboração de dissertações e teses*. (pp. 127-159). Porto: Porto Editora.
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s) – Estado da arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lleras-Muney, A. (2005). The relationship between education and adult mortality in the United States. *The Review of Economic Studies*, 72 (1), 189-221.



- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., ... Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física - IAN-AF, 2015-2016*. Porto: Universidade do Porto.
- Lopes, M., Mendes, F., Nunes, L., Ruivo, A., & Amaral, A. (2015). *Respostas de Enfermagem para a saúde no futuro - Saúde-doença: a proximidade de cuidados num mundo sem fronteiras e com rápida mobilidade*. Encontro Nacional de Enfermagem. Organizado pela Direção-Geral da Saúde e a Fundação Calouste Gulbenkian. (8 de abril 2015). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Recuperado de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15264/1/Sa%C3%BAde-doen%C3%A7a\\_a%20proximidade%20de%20cuidados%20num%20mundo\\_abril%202015.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15264/1/Sa%C3%BAde-doen%C3%A7a_a%20proximidade%20de%20cuidados%20num%20mundo_abril%202015.pdf)
- Loureiro, I. (2013). Da utilização da investigação em saúde à criação de políticas e práticas de empowerment dos cidadãos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 1-2.
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde – dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina.
- Loureiro, I., Gomes, J. C. R., & Santos, M. J. H. (2011). *A Investigação participada de base comunitária na construção da saúde: Projeto de Capacitação em promoção da Saúde (PROCAPS). Resultados de um estudo exploratório*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA, IP].
- Loureiro, I., Miranda, N., & Miguel, J. M. P. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 23-31.
- Mackey, S. (2009). Towards an ontological theory of wellness: a discussion of conceptual foundations and implications for nursing. *Nursing Philosophy*, 10, 103-112.
- Maia, J. J. M. (1997). A transição epidemiológica no Porto (1914-1968). *População e Sociedade*, Nº 3, 235-246.
- Manthorpe, J., Maim, N., & Stubbs, H. (2004). Older people's views on rural life: a study of three villages. *Journal Of Clinical Nursing*, 13 (6B), 97-104.
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., ... Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430-9.
- Marmot, M. (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (5ª Ed.). Pero Pinheiro: Report Number.
- Maroy, C. (1997). Análise qualitativa de entrevistas. In Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J., Maroy, C., Ruquoy, D., & Saint-Georges, P. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. (pp. 117-155). Lisboa: Gradiva.
- Martin, M., & Zimprich, D. (2005). Cognitive Development in midlife. In: Willis, S., & Martin, M. (Eds.). *Middle adulthood: a lifespan perspective*. (pp. 179-206) Thousand Oaks: Sage.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IMB SPSS – Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Lisboa: Psiquilíbrios Edições.

- Matos, M., Carvalhosa, S., & Diniz, J. (2002). Factores associados à prática da atividade física nos adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 1 (XX), 57-66.
- McCullagh, M. (2013). Health Promotion. In Peterson, S., & Bredow, T. (eds), *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*. (3<sup>rd</sup> Edition). (pp. 224-234). Philadelphia: Wolters Kluwer Health - Lippincott Williams & Wilkins.
- McEvoy, L. & Duffy, A. (2008). Holistic practice – a concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8(6), 412-419.
- Meireles, A. (2008). *Alma-Ata e Ottawa: As conferências de entre as conferência*. [on-line]. Recuperado de [http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa\\_CMeireles.htm](http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm).
- Meleis, A. (2005). *Theoretical Nursing: Development & Progress*. (3<sup>rd</sup> Ed.). London: Lippincott.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. (4<sup>th</sup> Ed.). Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42 (6), 255-259.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12- 28.
- Ming, L., Gao, R., & Pusari, N. (2006). Using Participatory Action Research to Provide Health Promotion for Disadvantaged Elders in Shaanxi Province, China. *Public Health Nursing*, 23 (4), 332-338.
- Mirghafourvand, M., Baheiraei, A., Nedjat, S., Mohammadi, E., Charandabi, S. M., & Majdzadeh, R. (2014). A population-based study of health-promoting behaviors and their predictors in Iranian women of reproductive age. *Health Promotion International*, 30(3), 586-594.
- Misra, R., Patel, T. G., Davies, D., & Russo, T. (2000). Health Promotion Behaviors of Gujarati Asian Indian Immigrants in the United States. *Journal of Immigrant Health*, 2(4), 223-230.
- Mood, C. (2013). Life-style and self-rated global health in Sweden: A prospective analysis spanning three decades. *Preventive Medicine*, 57, 802-6.
- Morey, M. C., Peterson, M., Pieper, C., Sloane, R., Crowley, G., Cowper, P., ... Pearson, M. (2009). The Veterans Learning to Improve Fitness and Function in Elders Study: A Randomized Trial of Primary Care–Based Physical Activity Counseling For Older Men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1166-1174.
- Nacar, M., Baykan, Z., Cetinkaya, F., Arslantas, D., Ozer, A., Coskun, O., ... Yilmaze, G. (2014). Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: a Multicentre Study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15 (20), 8969-8974.
- Nazareth, J. M. (2009). *Crescer e envelhecer – Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.

- Neves, M. M. A. M. C. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 8, 125-134.
- Neves, M. M. A. M. C., Queirós, P. J. P., & Gaspar, M. F. M. (2014). Enfermería Comunitaria y el trabajo en equipo multidisciplinar. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 7 (1), 49-55.
- Nevill, A., Donnelly, P., Shibil, S., Foster, C. H., & Murphy, M. (2014). Modifiable behaviours help to explain the inequalities in perceived health associated with deprivation and social class: evidence from a national sample. *Journal of Physical Activity and Health*, 11, 339-47.
- Nielsen, A. B., Siersma, V., Hiort, L. C., Drivsholm, T., Kreiner, S., & Hollnagel, H. (2008). Self-rated general health among 40-year-old Danes and its association with all-cause mortality at 10, 20, and 29 years' follow-up. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(1), 3-11.
- Nogueira, H., & Remoaldo, P.C. (2010). *Olhares geográficos sobre a saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- Nunes, L. S. (1997). *O sentido da coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico*. Actas do IV Congresso Português de Sociologia - Sociedade Portuguesa: Passados Recentes, Futuros Próximos. Recuperado de: [http://www.aps.pt/cms/docs\\_prv/docs/DPR462e0a1588ba7\\_1.PDF](http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e0a1588ba7_1.PDF)
- Núñez, D., Armbruster, C., Phillips, W., & Gale, B. (2003). Community-based senior health promotion program using a collaborative practice model: the Escalante Health Partnerships. *Public Health Nursing*, 20 (1), 25-32.
- Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.
- Nutbeam, D. (1999). Eficácia de la promoción de la salud – las preguntas que debemos responder. In: Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Parte 2*. (pp. 1-11). Madrid: Ministerio de la Salud y Consumo.
- Observatório Nacional da Diabetes (2015). *Diabetes: Factos e Números – O ano de 2014. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Observatório Nacional da Diabetes (2016). *Diabetes: Factos e Números – O ano de 2015. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2012). *Crise & Saúde um país em sofrimento – Relatório de Primavera 2012*. Lisboa: OPSS.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2014). *Saúde: Síndrome de negação – Relatório de Primavera 2014*. Lisboa: OPSS.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2015). *Acesso aos Cuidados de Saúde – Um direito em risco? – Relatório de Primavera 2015*. Lisboa: OPSS.

- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2016). *Saúde: Procuram-se novos caminhos – Relatório de Primavera 2016*. Lisboa: OPSS.
- Oldham, J. M. (1989). The third individuation. Middle-aged children and their parents. In: John M. Oldham, & Robert S. Liebert (Eds.). *The middle years. New psychoanalytic perspectives* (pp. 89-104). New Haven / London: Yale University Press.
- Oliva, A. D., Mendizábal, M. R. L., & Asencio, E. N. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social - Revista Interuniversitaria*, 22, 153-68.
- Oliveira, I. T. (2010). Mortalidade: Compressão, Deslocamento e Causas de Morte (Portugal 1950-2005). *Revista de Estudos Demográficos*, 48, 35-50.
- Oran, N. T., Can, H. O., Senuzun, F., & Aylaz, R. D. (2008). Health Promotion Lifestyle and Cancer Screening Behaviors: A Survey among Academician Women. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*, 9, 515-518
- Ordem dos Enfermeiros [OE.] (2011a). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Regulamento N.º 128/2011*. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] – Conselho de Enfermagem. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual*. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] – Conselho de Enfermagem. (2003). *Do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2004) Quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros (Suplemento)*, (13), 3-8.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2008). *Resumo da proposta da Ordem dos Enfermeiros - Modelo organizacional da Unidade de Cuidados na Comunidade*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2010). *Atribuição do título de enfermeiro especialista, no momento actual. Parecer n.º. 267/2010*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2011b). *O Planeamento em Saúde no âmbito do desenvolvimento Comunitário*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). *Dados Estatísticos 2000-2012*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Regulamento n.º 348/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª série - N.º 118 - 19 de junho de 2015.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Dados Estatísticos 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Organização das Nações Unidas [ONU]. (1982). *Plano de Acção Internacional sobre envelhecimento*. Viena: I Assembleia Internacional sobre Envelhecimento.
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (1991) *Princípios das Nações Unidas a favor das pessoas de idade*. Recuperado de <http://www.advita.pt/index.php?id=4,211,0,0,1,0>
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2002). *Plano de Acção Internacional sobre envelhecimento*. Madrid: II Assembleia Internacional sobre Envelhecimento.
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2008). *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations.
- Organização das Nações Unidas [ONU]. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Volume I: Comprehensive Tables (ST/ESA/SER.A/379)*.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. Alma-Ata: OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1985). *As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa: OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1988). *Declaração de Adelaide da Promoção da Saúde. 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Adelaide: OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1991). *Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde. 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Sundsvall: OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1997). *Declaração de Jacarta da Promoção da Saúde. 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Jacarta: OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2000). *Declaração do México da Promoção da Saúde - Promoção da Saúde: Rumo a uma Maior Equidade. 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. México: OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2005a). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2005b). *Carta de Bangucoque - Promoção da Saúde num mundo globalizado. 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Bangucoque: OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2007). *Envelhecer com saúde: um desafio para a Europa – versão reduzida*. The Swedish National Institute of Public Health.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2008a). *A Carta de Tallinn: os Sistemas de Saúde pela Saúde e pela Prosperidade*. Traduzido para português pela Ordem dos Enfermeiros - Gabinete de Relações Internacionais.

- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2008b). *Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais do que Nunca* (versão portuguesa). Geneva: OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2014). *Relatório Mundial da Saúde 2013: Pesquisa para a cobertura universal de saúde* (versão portuguesa). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. (Resumo em português). Genebra: OMS.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. Bureau Regional da Europa. (2002). *Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da Saúde para todos na região europeia da Organização Mundial da Saúde*. (Sofia Abecasis, trad.). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1998).
- Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS] (2012). *Improving Chronic Illness Care through Integrated Health Service Delivery Networks*. Washington: OPAS.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE]. (2016a). Nurses. In *OECD Factbook 2015-2016: Economic, Environmental and Social Statistics*. (pp. 216-17). Paris: OECD Publishing.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE]. (2016b). *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Oxley, H. (2009). Policies for Healthy Ageing: An Overview. *OECD Health Working Papers*, 42, OECD Publishing.
- Ozaki, A., Chiyama, M., Tagaya, H., Ohida, T., & Ogihara, R. (2007). The Japanese Centenarian Study: Autonomy Was Associated with Health Practices as Well as Physical Status. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55 (1), 95-101.
- Pan American Health Organization [PAHO]. (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas*. Washington, DC: PAHO.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. (8ª Ed.). Porto Alegre: Artmed Editora, SA.
- Park, Y., Song, M., Cho, B., Lim, J., Song, W., & Kim, S. (2011). The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: A randomized controlled trial. *Patient Education & Counseling*, 82(1), 133-137.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses, In: C. Paúl e A. M. Fonseca (coord). *Envelhecer em Portugal*. (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C. & Ribeiro, O. (Coord.). (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275.
- Pender, N. (2011). *The Health Promotion Model – Manual*. (rev 5-2011). Recuperado de <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>.



- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6<sup>th</sup> Ed.). New Jersey: Pearsons Education, Inc.
- Pender, N., Walker S., Sechrist K., & Stromborg M. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*, 39, 326-332.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de Cuidados: Um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto.
- Pignone, M., DeWalt, D. A., Sheridan, S., Berkman, N., & Lohr, K. N. (2005). Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy: A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 185-92.
- Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2841-2852.
- Polit, D., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (5ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pordata (2015). *Índice de Envelhecimento*. [on-line]. Recuperado de: <http://www.pordata.pt/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Portugal, Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa*. VII Revisão Constitucional.
- Portugal, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde. (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Volume I – Prioridades*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal, Ministério da Saúde – Direção-Geral da Saúde. (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Volume II – Orientações estratégicas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal, Ministério da Saúde. (2011). *Rede de Referência / Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal, Ministério da Saúde. (2012a). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Objetivo para o Sistema de Saúde – Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida. Lisboa: Ministério da Saúde, Gabinete Técnico do Plano Nacional de Saúde.
- Portugal, Ministério da Saúde. (2012b). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Eixo Estratégico - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Gabinete Técnico do Plano Nacional de Saúde.
- Portugal, Ministério da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde. Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal, Ministério de Saúde. (2016). Relançamento da Reforma Cuidados Saúde Primários: Plano Estratégico e Operacional. Coordenação Nacional Cuidados de Saúde Primários. Recuperado de: <https://www.portugal.gov.pt/download-ficheiros/ficheiro.aspx?v=a8be6405-8eed-452d-97ae-ffbde2e307b0>
- Prosper, M. H., Meczulski, V. L., & Qureshi, A. (2009). Obesity as a predictor of self-rated health. *American Journal of Health Behavior*, 33(3), 319–329.

- Quevedo, J. E. C. (2001). *Autoeficacia y estilo de vida promotor de la salud en trabajadores de la industria alimentaria*. Universidad Autónoma de Novo León – Facultad de Enfermería - México. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermería. Recuperado de: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080094216.pdf>.
- Ramos, P., Ramos, M., & Busnello, S. (2003). *Manual prático de metodologia de pesquisa: artigo, resenha, projeto, TCC, monografia, dissertação e tese*. Blumenau: Acadêmica.
- Rechel, B., Grundy, E., Robine, J., Cylus, J., Mackenbach, J. P., Knai, C., & McKee, M. (2013). Ageing in the European Union. *Lancet*, 381, 1312-1322.
- Reis, J. C. (2005). *O que é a saúde?* Lisboa: Nova Vega.
- Ribeiro, C. (2011). Medicina Geral e Familiar e a abordagem do consumo de álcool – Detecção e intervenções breves no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), 355-368.
- Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2 (XXII), 387-397.
- Rifkin, S. B. (2009). Lessons from the community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1, 31-6.
- Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health Policy and Planning*, 29, ii98-ii106.
- Rifkin, S. B. (2016). Pursuing Primary Health Care: Community Participation in Practice, Doing Participatory Research. *JSM Health Education & Primary Health Care*, 1(2), 1018.
- Rocha, S., Nogueira, M., & Cesário, M. (2009). Social support and networks in health promotion of older people: a case study in Brazil. *International Journal Of Older People Nursing*, 4(4), 288-298.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., & Ziglio, E. (2001). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO regional publications.
- Rosa, M. J., & Chitas, P. (2010). *Portugal: os números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J., & Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (1), 46-57.
- Ruquoy, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In: Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J., Maroy, C., Ruquoy, D., & Saint-Georges, P. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. (pp. 84-116). Lisboa: Gradiva.
- Sanders, K. (2006). Developing practice for healthy ageing. *Nursing Older People*, 18 (3), 18-25.
- Santana, P. (2000). Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science and Medicine*. 50, 1025-1036.
- Santana, P. (2004). *Saúde e morte em Portugal. Estudo da mortalidade "evitável"*. Texto da Comunicação apresentada no II Congresso Português de Demografia. Associação



- Portuguesa de Demografia. Recuperado de <http://www.apdemografia.pt/files/1269060747.pdf>.
- Santana, P. (2005). Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. *Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Edições Almedina.
- Santana, P. [Coord.], Alves, I., Couceiro, L., & Santos, R. (2008). Envelhecimento e saúde em Portugal. *PNS em foco - Boletim informativo n.º 2*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde – Gabinete de Informação e Prospectiva.
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4 (3), 127-34.
- Sawatzky, J., & Naimark, B. (2005). Cardiovascular health promotion in aging women: validating a population health approach. *Public Health Nursing* (Boston, Mass.), 22(5), 379-388.
- Schuckit, M. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A Life Span Model of Successful Aging. *American Psychologist*, 51 (7), 702-714
- Serapioni, M., & Matos, A. R. (2013). Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 11-22.
- Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(3), 15-23.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], Direção de Serviços de Monitorização e Informação / Divisão de Estatística e Investigação (2015). *Relatório Anual 2014 - A Situação do País em Matéria de Álcool*. Lisboa: SICAD.
- Shamian, J., Murphy, G. T., Rose, A. E., & Jeffs, L. (2015). Human resources for health: a new narrative. *The Lancet*, 386(9988), 25-26.
- Sherwood, N., & Jeffery, R. (2000). The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual Review of Nutrition*, 20, 21-44.
- Sillen, U., Nilsson, J. A., Mansson, N. O., & Nilsson, P. M. (2005). Self-rated health in relation to age and gender: influence on mortality risk in the Malmo Preventive Project. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(3), 183-189.
- Silva, A. C. S., & Santos, I. (2010). Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola Pender. *Texto contexto Enfermagem*, 19(4), 745-753.
- Silva, L. F. (Org.) (2002). *Promoção da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Simonsen, M. K., Hudrup, Y. A., Gronbaek, M., & Heitmann, B. L. (2008) A prospective study of the association between weight changes and self-rated health. *BMC Women Health*, 8, 13.
- Singh, L., Arokiasamy, P., Singh, P. K., & Rai, R. K. (2013). Determinants of gender differences in self-rated health among older population: Evidence from India. *SAGE Open*, 3, 1-12.

- Smith, B. J., Tang, K. C., & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21(4), 340-345.
- Smith, K., & Bazini-Barakat, N. (2003). A public health nursing practice model: Melding public health principles with the nursing process. *Public Health Nursing*, 20(1), 42-48.
- Smolowitz, J., Speakman, E., Wojnar, D., Whelan, E. M., Ulrich, S., Hayes, C., & Wood, L. (2015). Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. *Nursing Outlook*, 63(2), 130-136.
- Sonmezer, H., Cetinkaya, F., & Nacar, M. (2012). Healthy life-style promoting behaviour in Turkish women aged 18-64. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 1241-1245.
- Sousa, P., Gaspar, P., Vaz, D.C., Gonzaga, S., & Dixe, M. A. (2015). Measuring Health-Promoting Behaviors: Cross-Cultural Validation of the Health-Promoting Lifestyle Profile-II. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2), 54-61.
- Sousa, P., & Pereira, M. G. (2014). Intervenção na hipertensão arterial em doentes em Cuidados de Saúde Primários. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (1), 245-261.
- Spiriduso, W. W. (2004). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. São Paulo: Manole.
- Squire, A. (2005). *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas: Fundamentos para a Prática*. Loures: Lusociência.
- St Sauver, J. L., Boyd, C. M., Grossardt, B. R., Bobo, W. V., Rutten L. J. F., Roger V. L., ... Rocca, W. A. (2015). Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity. *BMJ Open*, 5, 1-13.
- Stefansdottir, I., & Vilhjalmsson, R. (2007). Dimensions of health-related lifestyle in young adulthood: results from a national population survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 321-8.
- Stone, A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *PNAS*, 107 (22), 1-6.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. (2ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe [SHARE] (2005). In: Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., & Weber, G. (Eds). *Health, Ageing and Retirement in Europe – First Results from Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. Munich: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Swanson, K. M. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40 (3), 161-166.
- Tajik, M., Galvão, H. M., & Siqueira, E. C. (2010). Health survey instrument development through a community based participatory research approach: Health-Promoting Lifestyle Profile (HPLP II) and Brazilian immigrants in greater Boston. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12, 390-397.
- Thompson, H., & Voss, J. (2009). Health and disease-related biomarkers in aging research. *Research in Gerontological Nursing*, 2(2), 137-148.

- Tomblin-Murphy, G., & Rose, A. (2015). *Nursing Leadership in Primary Health Care for the achievement of Sustainable Development Goals and Human Resources for Health Global Strategies*. Geneva: ICN Internal Working Paper. Recuperado de [http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ICN\\_PolBrief2NsgLeadershipPHC.pdf](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ICN_PolBrief2NsgLeadershipPHC.pdf).
- Tomey, A. M., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Tran, V. T., Nguyen, D., Chan, K., & Nguyen, T. (2013). The association of self-rated health and lifestyle behaviors among foreign-born Chinese, Korean, and Vietnamese Americans. *Quality of Life Research*, 22, 243-252. DOI 10.1007/s11136-012-0155-1.
- Uijen, A. A., & Van de Lisdonk, E. H. (2008). Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *European Journal of General Practice*, 14 (Suppl 1), 28-32.
- União Europeia [UE] (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações 2012*. Recuperado de <http://europa.eu/ey2012/ey2012.jsp?langId=pt>.
- Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo [ULSBA] (2013) - Missão, Visão e Valores. [on-line]. Recuperado de [http://www.hbeja.min-saude.pt/Centro+Hospitalar/MissaoValores/?sm=0\\_1](http://www.hbeja.min-saude.pt/Centro+Hospitalar/MissaoValores/?sm=0_1).
- United Nations (2002). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. New York: United Nations.
- United Nations (2011). *Prevention and control of non-communicable diseases – Report of the Secretary-General*. New York: United Nations.
- UNRIC - Centro de Informação Regional das Nações Unidas para a Europa Ocidental (2016). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável - 17 objetivos para transformar o nosso mundo*. Recuperado de: [http://www.unric.org/pt/images/stories/2016/ods\\_2edicao\\_web\\_pages.pdf](http://www.unric.org/pt/images/stories/2016/ods_2edicao_web_pages.pdf)
- Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., & Roland, M. (2009). Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Annals of Family Medicine*, 7(4), 357-363.
- Ventura, C. A. A., Mendes, I. A. C., Fumincelli, L., & Trevizan, M. (2015). The Evolution of World Health Organization's Initiatives for the Strengthening of Nursing and Midwifery. *Journal Of Nursing Scholarship*, Vol. 47 No. 5, pp. 435-445.
- Vogeli, C., Shields, A. E., Lee, T. A., Gibson, T. B., Marder, W. D., Weiss, K. B., & Blumenthal, D. (2007). Multiple Chronic Conditions: Prevalence, Health Consequences, and Implications for Quality, Care Management, and Costs. *Journal of General Internal Medicine*, 22 (Suppl 3), 391-395.
- Wahl, H-W., & Kruse, A. (2005). Historical perspectives of middle age within the life span. In: Willis S. L., Martin M (eds.) *Middle adulthood: a lifespan perspective* (pp. 3-34). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

- Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. University of Nebraska Medical Center (Unpublished manuscript). Recuperado de [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP\\_II-Dimensions.pdf?sequence=2](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-Dimensions.pdf?sequence=2).
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics. *Nursing Research*, 36, 76-81.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. (1995a). Health Promoting Lifestyle Profile II [HPLP II] (Adult Version). Recuperado de: [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP\\_II-English\\_Version.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-English_Version.pdf?sequence=3&isAllowed=y).
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1995b). Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version) - Scoring Instructions. Recuperado de [https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP\\_II-Scoring\\_Instructions.pdf?sequence=5](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-Scoring_Instructions.pdf?sequence=5)
- Wang, H. H., Wang, J. J., Wong, S. Y., Wong, M. C., Li, F. J., Wang, P. X., ... Mercer, S. W. (2014). Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162464 community household residents in southern China. *BMC Medicine*, 12(1), 188.
- Ward, B., & Verinder, G. (2008). Young people and alcohol misuse: how can nurses use the Ottawa Charter for Health Promotion?. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 114-119.
- White, P., Pringle, D., Doran, D., & Hall, L. (2005). The nursing and health outcomes project. *Canadian Nurse*, 101 (9), 15-18.
- Whitehead, D. (2000). The role of community based nurses in health promotion. *British Journal of Community Nursing*, 5 (12), 604-609.
- Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: An evidence-based approach. *American Journal of Preventive Medicine*. 22, 267-284.
- Williams, G. M., & Smith, A. P. (2016). Using Single-Item Measures to Examine the Relationships between Work, Personality, and Well-Being in the Workplace. *Psychology*, 7, 753-767.
- Williams, K., & Kemper, S. (2010). Interventions to reduce cognitive decline in aging. *Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Services*, 48(5), 42-51.
- Williams, S., Pham-Kanter, G., & Leitsch, S.A. (2009) Measure of chronic conditions and diseases associated with aging in the national social life, health, and aging project. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences Advance*, 64(Supp1), i67-i75.
- Willis, S. L., & Martin, M. (eds.) (2005). *Middle Adulthood - A Lifespan Perspective*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- World Drink Trends. (2005). *World Advertising Research Center*.

- World Health Organization [WHO]. (1992). *Our Planet, Our Health: Report of the WHO Commission on Health and Environment*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (1998). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2000). *Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe. Munich Declaration: nurses and midwives: a force for health*. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2002a). *The World Health Report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO
- World Health Organization [WHO]. (2002b). *Active ageing: a policy Framework*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2002c). *Innovative care for Chronic Conditions: building blocks for action*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. *WHO Technical Report Series Nº 916*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2005a). *Preventing Chronic Diseases: a vital investment – WHO Global Report*. Geneva: WHO - Department of Chronic Diseases and Health Promotion.
- World Health Organization [WHO]. (2005b). *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for Response*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization [WHO]. (2005c). *European strategy for child and adolescent health and development*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization [WHO]. (2005d). *The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2009a). *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*. Resolution WHA62.14. Recuperado de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA62-REC1/WHA62\\_REC1-en-P2.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-en-P2.pdf).
- World Health Organization [WHO]. (2009b). *The Nairobi Call to Action: The 7th Global Conference on Health Promotion*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2009c). *Zagreb Declaration for Healthy Cities: Health and health equity in all local policies*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2009d). *A Snapshot of the Health of Young People in Europe*. Copenhagen: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2010). *Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas*. Recuperado de [http://www.who.int/social\\_determinants/publications/isa/portuguese\\_adelaide\\_statement\\_for\\_web.pdf](http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/portuguese_adelaide_statement_for_web.pdf)

- World Health Organization [WHO]. (2011). *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Rio de Janeiro: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2012a). *Good health adds life to years. Global brief for World Health Day 2012*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2012b). *Health 2020 - A European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.
- World Health Organization [WHO]. (2013a). *The Helsinki Statement on Health in All Policies*. The 8 th Global Conference on Health Promotion. Helsinki: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2013b). *Physical activity and older adults: recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2015a). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2015b). *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2016). *BMI Classification*. [on-line]. Recuperado de [http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)
- Wosinski, J., Cordier, S. B., Bachmann, A. O., Gagnon, M., & Kiszio, B. (2016). Effectiveness of nurse-led healthy aging strategies for older adults living in the community: a systematic review protocol. *The JBI database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14 (2), 1-7
- Yang, Y. (2008). Social inequalities in happiness in the United States, 1972 to 2004: An age-period-cohort analysis. *American Sociological Review*, 73, 204-236.
- Ying, W., McCrone, S., & Lai, H. (2008). Health Behaviors and Transitions of Physical Disability Among Community-Dwelling Older Adults. *Research on Aging*, 30(5), 572-591.
- Zal, H. M. (1993). *A geração sanduíche: Entre filhos adolescentes e pais idosos*. Lisboa: Difusão Cultural
- Zhang, S., Wei, C., Fukumoto, K., Harada, K., Ueda, K., Minamoto, K., & Ueda, A. (2011). A comparative study of health-promoting lifestyles in agricultural and non-agricultural workers in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 16, 80-89.
- Zhang, S., Tao, F., Ueda, A. Wei, C., & Fang, J. (2013). The influence of health-promoting lifestyles on the quality of life of retired workers in a medium-sized city of Northeastern China. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 18, 458-465.
- Zoboli, E. L. C. P., & Schweitzer, M. C. (2013). Valores da enfermagem como prática social: uma metassíntese qualitativa. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 21(3): 695-703.

## **ANEXOS**





## **ANEXO 1 - GUIÃO DA ENTREVISTA (PROFISSIONAIS)**



## Guião da Entrevista

**Objetivo Geral:** Compreender, na perspetiva dos profissionais envolvidos em atividades ou projetos de promoção de estilos de vida saudáveis, como se processa a promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo.

Designação dos blocos	Orientações e perguntas
<b>I. Legitimação da entrevista</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informar sobre:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Temática em estudo</li> <li>b. Objetivos da entrevista</li> </ol> </li> <li>2. Garantir confidencialidade dos dados</li> <li>3. Solicitar a sua participação</li> <li>4. Pedir autorização para gravação áudio como método de recolha dos dados</li> <li>5. Marcar a entrevista e solicitar contacto telefónico e morada para contacto</li> </ol>
<b>II. Caracterização do entrevistado</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Idade e género</li> <li>7. Nacionalidade e naturalidade</li> <li>8. Local de residência / local onde exerce as suas atividades</li> <li>9. Profissão e cargo que ocupa / Âmbito em que é entrevistado</li> </ol>
<b>III. Informação relativa a atividades e projetos de intervenção comunitária de promoção de estilos de vida saudáveis</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Gostaria de lhe pedir que falasse sobre os projetos ou atividades promoção de estilos de vida saudáveis em que está ou esteve envolvido e/ou de que tem conhecimento que estejam a ser desenvolvidos no seu local de trabalho - Referir o máximo de informação sobre a atividade ou projeto (tipo de atividade/projeto, local de implementação, grupo ou entidade que o promove, âmbito de atuação, parcerias, população alvo, articulação com outros projetos, se se encontra inserido em algum programa mais amplo ou se for caso disso no Plano Nacional de Saúde).</li> <li>11. Alguma das atividades ou projetos referidas são dirigidas à população adulta de meia-idade (45-64 anos)?</li> <li>12. Como avalia as atividades ou projetos referidos quanto à sua eficácia relativamente à adoção de estilos de vida saudáveis pela população alvo – esta análise pode ser através da enumeração de pontos fortes e pontos fracos, com referência a possibilidades de melhoria futura, novas estratégias para alcançar melhores resultados.</li> </ol>

	<p>13. Para além dos projetos ou atividades anteriormente referidos, tem conhecimento da existência de outros que tenham como objetivo a promoção de estilos de vida saudáveis?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Referir o máximo de informação sobre a atividade ou projeto (tipo de atividade/projeto, local de implementação, grupo ou entidade que o promove, âmbito de atuação, parcerias, população alvo, articulação com outros projetos).</li> <li>Conhece a motivação que está na base do desenvolvimento dessas atividade ou projetos?</li> <li>Que análise faz da sua eficácia relativamente à adoção de estilos de vida saudáveis?</li> </ol> <p>14. Para além do referido anteriormente, se tivesse possibilidade de colocar em prática, qual seria a atividade ou projeto de promoção de estilos de vida saudáveis que considera como prioritário?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Que resultados se poderiam esperar dessa atividade e/ou projeto?</li> </ol>
<b>IV. Fatores que influenciam o desenvolvimento de atividade e projetos promotores de estilos de vida saudáveis</b>	<p>15. Na sua perspetiva, quais são os fatores que influenciam o desenvolvimento de projetos ou de atividades que promovam os estilos de vida saudáveis?</p> <p>16. Relativamente à população adulta de meia-idade (45-64 anos) quais são os fatores que condicionam o seu envolvimento ou participação como população alvo em projetos ou de atividades que promovam os estilos de vida saudáveis?</p>
<b>V. Participação ativa dos cidadãos nas atividades e projetos de promoção de estilos de vida saudáveis</b>	<p>17. Na sua perspetiva os cidadãos (ou alguns grupos da comunidade) participam de forma ativa nas decisões, no planeamento, na implementação e na avaliação de projetos ou de atividades que promovam os estilos de vida saudáveis?</p> <p>18. O que considera que está na base da forma como as pessoas ou grupos da comunidade atuam em relação a essas atividades e projetos (participação ou não participação)?</p> <p>19. Que mais poderia ser feito para incrementar essa participação?</p>
<b>VI. Envolve favorável de comportamentos saudáveis</b>	<p>20. Considera que a(s) comunidade(s) do concelho onde vive e/ou trabalha têm condições que favorecem as escolhas saudáveis?</p>
<b>VII. Papel dos enfermeiros na promoção de estilos de vida saudáveis</b>	<p>21. Como questão final, gostaria que referisse qual é, na sua perspetiva, o papel dos enfermeiros na promoção de estilos de vida saudáveis?</p>
<b>VIII. Contributo para nova entrevista</b>	<p>22. Que outra(s) pessoa(s) considera que deveria(m) ser entrevistada(s) no âmbito deste estudo (devido ao seu envolvimento ou forte motivação / contributo para o desenvolvimento de atividades ou projetos de promoção de estilos de vida saudáveis)?</p>

## **ANEXO 2 – TRANSCRIÇÃO DE UMA ENTREVISTA**



**Legitimação da entrevista:** Foi realizado um contacto preliminar onde o entrevistado foi informado sobre a temática em estudo e os objetivos da entrevista. Foram dadas garantias de confidencialidade dos dados pessoais e solicitada a gravação áudio como método de recolha de dados. O entrevistado aceitou participar neste estudo e foi então marcada a data da entrevista.

**Questão:** *Pode falar sobre a sua experiência relativamente ao desenvolvimento de atividades ou projetos de intervenção comunitária para promover a adoção de comportamentos promotores de saúde?*

Nós temos diversos projetos no âmbito da carteira básica da UCC. Temos [o X] que é um projeto extremamente interessante e que serviu de tese da especialidade de dois colegas (...) e que na verdade visava essencialmente criar algumas competências e também melhorar a literacia da população. Foi um projeto muito interessante, tivemos dois anos de grande vivência e de participação mas neste momento notou-se, digamos assim um certo cansaço da população e a adesão começou a diminuir. Nós nesse projeto começámos com há volta de 40 e tal inscritos e por fim já só tínhamos à volta de 10-12. Tentámos, uma vez que este projeto tinha a sua atividade na sede de concelho, tentámos descentralizar pelas outras freguesias mas não resultou na plenitude, não resultou de facto a adesão ainda foi menor e notámos uma questão que era extremamente importante, o espaço que era uma espaço característico da vila, tinha a participação de uma parte da população e não tinha de outra e nós apercebemo-nos disso, ou seja, quando nós abordávamos as pessoas a convidar à participação havia quem nos dissesse que naquele lado não queria ir e percebemos que isso tinha a ver com a liderança, ou seja aquele grupo que participava naquelas atividades tinha um líder e esse líder de facto separava as pessoas, não agregava. Logicamente que nós depois passámos para um espaço neutro que era a Biblioteca e aí foi o descalabro total, foi a queda livre de facto do projeto não aderiram os que estavam nem outros. Foi um bocado mau. Terminámos assim o projeto em finais de 2013, e nós pensamos em reformula-lo juntamente com a fusão com outro projeto que também estava em marcha que é “Os amigos do Cuidador”, que é um projeto também extremamente interessante e que visa melhorar as competências que cuidam de utentes dependentes, que estão em casa e que precisam de ganhar competências e simultaneamente que o espaço servisse de partilha entre uns e outros das experiências já vivenciadas e também pelo que estavam a sentir, era um espaço de debate, de partilha de emoções e era um espaço muito agradável. Nós fazíamos esta atividade também uma vez por mês, tínhamos era um senão, os projetos têm sempre algum senão, como eram pessoas de várias freguesias, era difícil fazer uma sessão em cada freguesia e portanto nós centralizávamos tudo no CS e tínhamos como parceiro a CM para os transportes, contudo pela apetência das pessoas isto realizava-se da parte da tarde depois do almoço, porque era mais fácil porque de manhã faziam as higiènes e cuidavam do utente, depois de tarde vinham à sessão e o horário para os transportes era sempre complicado, a CM às 3 e meia quer se ir embora e tínhamos que acabar à pressa e também não resultava, neste momento estamos entre o grupo a trocar impressões e provavelmente vamos fazer a fusão destes dois projetos, ou seja, [o X] e o [Y] vão-se fundir e provavelmente vamos criar uma coisa diferente mas envolvendo as duas vertentes melhorar as competências e também melhorar a literacia. Estes são os projetos mais importantes e com maior peso [nesta Unidade funcional].

**Questão:** *Qual é a faixa etária da população abrangida por esses dois projetos?*

No dos cuidadores pode ser qualquer idade, (...) são pessoas com mais de 65 anos, que é a população que está mais disponível.

**Questão:** *Que atividades eram desenvolvidas no âmbito desses projetos?*

De tudo, desde os debates sobre a saúde, desde trabalharem algumas atividades de lazer, trabalhos manuais, íamos sempre procurando diversificar as atividades de modo a que as pessoas não se sentissem com aquela pressão de ir para ali só para trabalharem as questões da saúde.

No caso do projeto dos cuidadores era diferente aí nós convidávamos sempre vários preletores e entre nós íamos mudando os temas e fomos sempre baseando os temas em coisas atuais que as pessoas de facto nos enunciaram como necessidades formativas e a partir daí fomos desenvolvendo este projeto. E em relação ao cuidar do próprio cuidador tínhamos uma vantagem, as pessoas com familiares que já tinham falecido e que tinham tido a experiência de cuidado traziam testemunhos, pois traziam esse testemunho muito positivo de como foi difícil ou não essa vivência e as estratégias que tinham utilizado e isso para nós era muito importante. Acho que este projeto foi um dos melhores, era quase um grupo de autoajuda. O que é que nos estava a acontecer neste momento também, e acho que foi uma das razões que nos fez parar, foi as pessoas manifestaram muitas vezes dificuldade em deixar os seus doentes sozinhos em casa, daí que pensemos que seja necessário mesmo um grupo de voluntários, que seria uma forma de eles próprios entre eles ajudarem os que precisavam e virem à formação. Tem sido muito difícil arrancar com o voluntariado, muito difícil mesmo, embora haja algumas experiências individuais, mas não é fácil. Porque temos uma Misericórdia que de facto presta serviços de apoio domiciliário e também tem um serviço de voluntariado mas não se adapta facilmente a outras estratégias fora da sua atividade e isso limita-nos um bocado, de certo modo.

**Questão:** *Estão assim neste momento numa fase de repensar os projetos desta Unidade Funcional?*

O ano terminou e fizemos as avaliações, estamos de facto com alguma dificuldade, porque nem o próprio ACES nos é capaz de definir indicadores, a UCC é o parente pobre em termos das Unidades Funcionais e nós gastaríamos também que quem lê os relatórios nos desse feedback, ou seja, não é só dizer que está bom, a gente quer ver se o caminho é este e se de facto também nos traçam indicadores e que conseguíssemos também em termos das UCC, quase um benchmarking entre todos para tentar saber o que estamos a fazer e qual o caminho a seguir e não tem sido fácil.

**Questão:** *Como avalia esses projetos quanto à sua eficácia?*

É assim, nós temos indicadores de resultado e de satisfação, dos utentes e dos profissionais também e isso é que nos faz querer dar continuidade ao projeto, agora evidentemente ganhos efetivos é difícil de medir isso também eu gostaria. Por isso é que este projeto quando agora arrancar tem que ser bem pensado, com indicadores bem definidos e também para ver se conseguimos obter ganhos em saúde. Mas não é fácil.

**Questão:** *E neste momento em termos de promoção de estilos de vida saudáveis quais são os projetos ou atividades que esta Unidade está a desenvolver?*



Temos o Projeto de Prevenção de Quedas nas pessoas idosas, agora temos um projeto na área do luto que também vai ser um projeto muito interessante que procura abranger todas as pessoas que estejam num processo de luto complicado. E ao fim ao cabo os projetos cruzam-se quase todos, o problema aqui são as estratégias que vamos utilizar para darmos resposta a tudo.

E depois temos também a parte da Saúde Escolar, (...) temos a Lanceira Sorriso em Movimento e temos também o Gabinete do aluno que é dinamizado (...) na Escola, não é muito fácil a adesão dos estudantes a este gabinete, os jovens não aderem, ou melhor não se expõem facilmente no Gabinete, já pensámos criar um gabinete num espaço neutro mas também é difícil.

Temos também as atividades na área dos cuidados continuados e temos também um projeto na promoção da parentalidade e da amamentação que é desenvolvido com a colaboração da enfermeira especialista em saúde materna.

Cada um dos elementos desta Unidade é responsável por um projeto ou área de intervenção e quando vamos fazer alguma atividade temática como agora vamos desenvolver no dia Mundial da saúde e todos trabalham para obtermos sucesso, agora no dia mundial da saúde o tema são os vetores – mais importante aqui para nós a transmissão através do mosquito e da carraça – nós pensamos fazer uma exposição fotográfica e também com alguns insetos que conseguimos arranjar e também alguns cartazes que a Unidade de Saúde Pública nos disponibilizou e está também a colaborar connosco, pensámos ter a colaboração da escola mas não é um dia propício porque já iniciaram as férias da Páscoa, de qualquer modo conseguimos a presença dos meninos da pré-primária, vamos fazer também uma largada de balões. E falar também sobre as doenças. Fica aberto à população, a participação da escola está garantida agora dos outros está aberta de manhã à noite para quem quiser ir ver.

**Questão:** *Conhece outras atividades ou projetos (de promoção de estilos de vida saudáveis) que tenha sido desenvolvido por iniciativa de qualquer outra entidade em que esta tenha solicitado a parceria dos cuidados de saúde?*

Sim nós estamos a dar também apoio a um projeto da CM que é para as pessoas com mais de 55 anos embora a frequência seja maioritariamente de pessoas reformadas, mais velhos, é mais voltado para a promoção da atividade física. Foi um projeto que já começou há dois anos e que nós quisemos colaborar mas a CM não nos deixou colaborar, ou seja, eles querem que apareçamos lá como formadores, fazemos uma sessão de educação e voltamos as costas e nós não concordámos, achámos que este projeto para ter pernas para andar nós tínhamos que estar na génese do projeto, na criação dos indicadores escolhidos por nós para provarmos que o que estávamos a fazer trazia ganhos efetivos. Quem agarrou esse projeto fui eu e neste momento estou a tentar obter alguns valores ou números, nomeadamente em termos do IMC, em termos efetivamente de perda de peso e de perímetro abdominal que são os mais visíveis e estou a fazer a conjugação com a medicação em si, no caso dos hipertensos e dos diabéticos e comparar valores ano a ano e tentar perceber se a frequência do exercício físico provoca ou não a alteração desses valores e também estamos a medir a afluência deles aos serviços, ou seja se as pessoas vão mais ou menos aos serviços de saúde em função dessa prática desportivas, mas também não é fácil de avaliar.

**Questão:** *Referiu que no início a vossa participação neste projeto da autarquia não foi nos moldes que pretendiam neste momento essa diferença está resolvida?*

Agora é assim como nós temos mantido essa postura, sempre que vêm pedir ajuda para alguma nós mostramos qual é o caminho, e já mostrei, porque consegui fazer do ano passado para este, mostrei um gráfico grande onde já haviam indicadores importantes e eles perceberam a importância disso. Porque para nós é importante percebermos se a pessoa consegue andar 100 metros e se ao fim de um ano já anda os 500, se de facto não se conseguia dobrar e agora já se consegue dobrar, tudo isso são ganhos que precisamos medir, e isso tem sido algo que temos estado a conseguir. Pois a vontade deles é saber o número de pessoas presentes, se estão 200 pessoas está ganho, é ótimo. Mas para nós não é isso e essa tem sido a nossa grande dificuldade. Mas penso que com o tempo vai.

**Questão:** *Existem outros projetos ou atividades de promoção de estilos de vida saudáveis desenvolvidos com outros parceiros?*

Temos o [projeto Z] que é a celebração dos dias temáticos que é desenvolvido em parceria também com a CM e com as Juntas de Freguesia, com o Jornal local, com a Rádio local. Temos um programa mensal na Rádio onde falamos de vários temas ligados à saúde, temas de interesse, se o dia temático calhar nesse dia nós vamos abordar esse dia. Tem sido uma importante atividade nessa área. O jornal sabemos que é lido e já têm tecido algumas considerações sobre os nossos artigos querem artigos mais curtos e com menos nomes técnicos. Em relação à Rádio sabemos que temos uma grande audiência mas já colocámos várias vezes à disposição dos audientes para nos questionarem mas zero [participações], dizem que nos ouvem e elogiam mas não gostam de falar na Rádio. Também já tivemos um caso muito interessante quando falámos sobre o luto ou sobre os cuidados paliativos levámos o testemunho de uma pessoa e isso para eles foi muito interessante, ela própria a falar na Rádio sobre isso mas não conseguimos mais ninguém. As pessoas não gostam e não aderem.

**Questão:** *Há algum projeto ou atividade que queira referir sobre as atividades promotoras de saúde desenvolvidas no âmbito dos programas do Plano Nacional de Saúde?*

Penso que há muito pouco, portanto há o programa da Diabetes que é transversal e está a ser feito alguma coisa ao nível individual nas consultas, não é uma área onde nós intervenhamos muito, intervimos mais só nas comemorações do dia como o ano passado que colaborámos nas atividades que se desenvolveram e pouco mais. O grande problema que nós sentimos é que temos as duas Unidade Funcionais e parece que há aqui uma separação, mas não é uma separação porque elas são complementares e isto é que de facto falha muito, esta ligação entre as Unidades é difícil, estamos cada um no seu canto a trabalhar números e não pensamos que a população é a mesma e que só tem a ganhar com isso.

**Questão:** *Na sua perspetiva, para além do já referido, quais são os fatores que influenciam o desenvolvimento de projetos ou de atividades que promovam os estilos de vida saudáveis?*

No que diz respeito aos profissionais nós temos uma forte motivação para desenvolver estas atividades de promoção da saúde, que é de facto uma das áreas fortes das UCC, e isto diz respeito à grande maioria dos profissionais quer nós enfermeiros quer os outros que nós convidamos, porque parece que isto vai contagiando as pessoas, porque nós temos muita gente que colabora connosco como a nutricionista, a fisioterapeuta, sempre que temos um tema que permita a ligação nós pedimos a participação destes profissionais. Da parte das autarquias é evidente que eles percebem que este tipo de atividades é importante e normalmente apoiam, mas apoiam com pouca perceção do que isso representa para a saúde das pessoas é mais em termos de um serviço que está a ser prestado à comunidade, se lhe for perguntado o que pensa sobre isso é serviços médicos, que é o modelo que sempre impera,

não impera de facto a promoção da saúde e os benefícios que isso traz para a população. Mas já perceberam que os projetos são importantes nomeadamente na promoção da atividade física mas há alguma perspetiva política e por isso é que eu digo que eles estão mais preocupado com o número de pessoas do que com os ganhos em saúde que isso traz.

Quando se trabalha na comunidade há aqui questões muito importantes, nós não podemos ter horários, de facto o horário é uma limitação muito grande e notamos isso com a CM, quando nós pedimos para fazer uma atividade fora deste contexto, por exemplo para apanhar a população ativa precisávamos trabalhar ao fim da tarde e dificilmente conseguimos ter disponíveis as pessoas das autarquias e mesmo em termos de salas e tudo é muito difícil nós conseguirmos isso, e nós ao nível da UCC estamos disponíveis para isso mas não conseguimos muitas vezes por estas razões.

Ao nível da população neste momento estamos a vivenciar uma coisa muito negativa, querem sempre alguma coisa em troca, quando promove uma atividade perguntam logo “O que me dá em troca?” infelizmente durante muitos anos imperou as caminhadas, os passeios e quando isso acabava era um almocinho ou uma camisola, ou um lanche ou algo do género, neste momento nas atividades que desenvolvemos por muito que gostasse não temos dinheiro para isso, não é possível, quanto muito a nossa participação e tentar motivar as pessoas... e isso de facto é mau, as pessoas não valorizam estas atividades como benéficas para a sua saúde, por exemplo um dos últimos dias que estive presente numa das atividades do Projeto da CM eu questionei o facto de as pessoas terem almoçado há pouco tempo e disseram que seria uma coisa leve mas não, foi uma atividade muito intensa e havia pessoas muito cansadas mas estavam bem porque a seguir havia um lanche e isso não falharam.

**Questão:** *Ainda relativamente à população adulta de meia-idade (45-64 anos) identifica mais alguns fatores, para além dos que já referiu, que condicionem o seu envolvimento ou participação como população alvo em projetos ou de atividades que promovam os estilos de vida saudáveis?*

Pode ser cultural também mas acaba por ser pior nos homens, os homens participam menos nessas atividades de grupo do que as mulheres. Isto quer na idade ativa quer na população idosa, a população feminina é que participa mais os homens participam muito pouco. Penso que isto é cultural, pode haver algum confronto entre eles, pouca apetência, alguma dificuldade e por isso inibem-se um pouco. Eu recordo que quando começaram as aulas de natação as mulheres no início também não aderiam muito porque se inibiam de estar em fato de banho, agora isso já foi ultrapassado e já vão normalmente, já os homens não o fazem. Em todas as atividades há menos homens, penso que eles próprios se criticam uns aos outros por aderirem e têm outro tipo de atividades lúdicas vão jogar às cartas ou às damas ou entretêm-se no café ou vão à pesca.

**Questão:** *Que mais poderia ser feito para incrementar essa participação?*

Penso que a principal questão é convencer os líderes, conseguir apanhar os líderes, este é que é o grande problema – identifica-los e tentar convencê-los de que isto é importante e que a adesão é fundamental. As parcerias são uma mais-valia, aliás os nossos projetos são todos em parceria mas não é mesmo com a parceria que temos as atividades, por exemplo posso citar um caso de uma vertente negativa em que nós desenvolvemos uma atividade sobre o VIH e a presidente da Junta pediu para ser à noite e dissemos que estávamos disponíveis, preparamos tudo quando íamos realizar a atividade ela em simultâneo realizou um jantar de mulheres na

mesma aldeia, claro que só tivemos duas pessoas, porque não se lembrou da data e estavam em cima de outra comemoração, quer dizer, isto é triste e acontece muitas vezes.

**Questão:** *Para além da CM e das Juntas de Freguesia quem são os vossos parceiros?*

As Misericórdias, a ADTR [uma associação local] que também lançou uma série de projetos mas que só funcionam na base de apoios comunitários e que são flutuantes, atividades pontuais e que neste momento estão numa fase de acabar porque não há dinheiro, colaboravam connosco em alguns projetos com os técnicos que têm, ao fim ao cabo duplicavam algumas atividades que a CM já desenvolve em termos de atividade física, passeios, coisas do género.

**Questão:** *Na sua perspetiva, a comunidade (ou alguns grupos da comunidade) participa de forma ativa nas decisões, no planeamento, na implementação e na avaliação de projetos ou de atividades de intervenção comunitária que promovam os estilos de vida saudáveis?*

Não é muito fácil e aquilo porque nós notamos é que temos que ser sempre nós a espreitar essa participação, porque nós gostaríamos que quando iniciamos estes projetos identificar os líderes e serem eles a conduzirem o processo mas eles não querem agarrar o processo, acham que devemos ser nós saúde ou outra entidade promotora do projeto a avançar com o mesmo, envolvem-se mas até um certo limite e partir daí dificilmente avançam, não querem agarrar... vamos lá ver como é que vai ser agora com o voluntariado se conseguimos avançar ou não

**Questão:** *E quais são as razões, que na sua perspetiva, estão na génese dessa dificuldade?*

Eu penso que isto tem a ver com o que nós demos quando começámos a estudar estas questões é que de facto tem que partir deles a ideia e nós apoiarmos e não o contrário, nós normalmente como técnicos partimos de uma ideia que achamos que é luminosa e depois eles acham que não é isso e como não sentem a necessidade não aderem, essa é a grande questão.

Penso que antes que os projetos avançassem devíamos sentar-nos à mesa e conversar todos e serem eles a dizer o que queriam fazer, o tipo de projeto e a forma como se desenvolve.

Mas a verdade é que quando são feitos os diagnósticos e apresentados à comunidade eles concordam com os problemas identificados mas depois não saímos dali, não dão ideias, temos que ser sempre nós a agarrar, é muito complexo. Aliás é o peso da saúde, a essência da saúde é sempre sobre os técnicos e não sobre mim, aliás vão ao médico e “O doutor é que sabe” a resposta é sempre essa, delegam nos técnicos, façam aquilo que acharem melhor e depois não participam, o que é mau. Se se envolvessem talvez sentissem mais a responsabilidade de participar o que para nós era muito importante pois assim um projeto poderia continuar longos anos e serem eles a avançarem com o nosso apoio. Quando nós começámos a discutir os projetos, surgiu uma ideia interessante e esse projeto da ADTR até foi ele o mentor para a nossa ideia que seria de uma Universidade Sénior o que para nós era fundamental, ou seja nós entraríamos como parceiros dávamos a nossa área de intervenção mas havia uma entidade que geria a Universidade o que para nós era excelente pois arcava com toda a logística e nós éramos participantes, mas ninguém quis avançar nem a autarquia, nem a ADTR nem a Santa Casa, o que é mau e o projeto caiu outra vez, ficamos novamente com o menino ao colo sem saber muito bem o que vamos fazer para que este projeto tenha algum peso e conseguir avançar.

Mas a ideia tem que ser essa reunir com os líderes, conversarmos um pouco, expormos a ideia do nosso projeto e tentar perceber qual é o caminho correto, será diversificar pelas aldeias,

ficar na sede, quais são as pessoas interessadas, tentar perceber um pouco mais o que é que vamos fazer.

**Questão:** *Neste momento, considera que as comunidades, em geral ou algumas em particular que queiras frisar, favorecem as escolhas saudáveis?*

Eu penso que se tem trabalhado um pouco nesse campo, há uma grande sensibilidade das autarquias neste momento, para o desenvolvimento das condições para essas escolhas. As pessoas é que... é o que eu digo, há a questão cultural e a questão dos ganhos que advém dali, se as pessoas sentirem que há um ganho aderem e acham que as atividades os favorecem, se não for assim dificilmente obtemos ganhos. Podemos dizer que há autarquias que têm muita coisa feita e a participação é nula.

Em relação à atividade física há melhores condições e as pessoas também aderem mais basta olharmos para Beja em relação à pedovia, vemos pessoas diariamente a praticar atividade física e isso foi algo muito importante, agora a grande questão que está aqui e que eu penso que era importante é haver algum acompanhamento técnico a essas pessoas, que dessem sugestões e falasse com as pessoas, numa abordagem diferente por exemplo em termos de postura ou aconselhar o tipo de sapatos mais adequados, etc, pequenas dicas que poderiam melhorar essa prática.

No nosso concelho também há muita gente a fazer a sua atividade física embora a sensibilidade para o aspeto da segurança não esteja a ser cuidado, uma ciclovia ou uma pedovia faziam parte ali à volta e não era muito difícil mas tem de haver sensibilidade para isso e também as verbas. E há também outras ofertas ao nível da atividade física: piscina, ginásio, tem um leque grande.

Em relação à alimentação há acesso a alimentos frescos ao nível do concelho mas o problema são as quantidades consumidas e isso vê-se nos almoços e jantares que fazemos.

**Questão:** *Estamos a finalizar a nossa entrevista mas gostaria ainda de conhecer os seus sonhos nesta área da promoção da saúde. Para além do referido anteriormente, se tivesse possibilidade de colocar em prática neste momento outro ou outros, qual seria a atividade ou projeto de promoção de estilos de vida saudáveis que consideraria como prioritário?*

Ao nível da UCC somos vários profissionais e procuramos dar todas as ideias, a ideia nunca vem só de uma pessoa, penso que a UCC tem potencial para evoluir tem um vasto reconhecimento quer pela autarquia e pelas pessoas, tem uma área de conhecimentos larga, tem quatro especialistas alguns deles com mestrado, a pessoa que não tem está a fazer um esforço para melhorar as suas competências e conhecimentos e temos quase tudo preparado para podermos dar o salto qualitativo oxalá os nossos superiores nos apoiassem como gostaríamos e aí podíamos ir bem mais longe, porque se conseguirmos criar programas onde pudéssemos medir os efetivos ganhos em saúde era fundamental e isso a gente ainda não consegue.

Esta reforma tem duas hipóteses ou vai para a frente ou acaba e se vai para a frente tem de haver melhores condições de apoio a estas Unidades. Por exemplo nós temos apenas um carro que faz tudo, temos limitações de espaço, nas instalações, que neste momento já não temos resposta para todas as atividades em termos de espaço físico, para termos outras condições.

**Questão:** *Como questão final gostaria que referisse qual é, na sua perspetiva, o papel dos enfermeiros na promoção de estilos de vida saudáveis?*

Como sabe, a UCC é gerida por enfermeiros e os nossos parceiros gostam que sejamos nós a desenvolver essas atividades. Nós enfermeiros temos tendência para fazer sempre mais alguma coisa e não trabalhamos centrados no CS nós trabalhamos para a comunidade, ao passo que os Cuidados Personalizados é diferente ficam no CS à espera que o utente venha nós vamos ao encontro do utente, ao encontro da necessidade dele e também dos seus desejos.

Os enfermeiros gostam daquilo que fazem e se não fosse assim a UCC já tinha fechado as portas e a comunidade também, aceita-nos muito bem, gostam do tipo de resposta, da disponibilidade, eles próprios já fazem diferença e isso é importante.

O pilar dos CSP é o enfermeiro e isso é indiscutível.

#### **XI. Contributo para nova entrevista**

**Questão:** *Existe alguém que considera que deveria ser entrevistado/a no âmbito deste estudo (devido ao seu envolvimento ou forte motivação / contributo para o desenvolvimento de atividades ou projetos de promoção de estilos de vida saudáveis)?*

(...)

### **ANEXO 3 - FÓRMULA DE CÁLCULO DA AMOSTRA TEÓRICA**





## Cálculo da amostra teórica

*Fórmula para populações finitas*

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} \quad e \quad n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$$

*Onde:*

*N = tamanho da população*

*E<sub>0</sub> = erro amostral tolerável*

*n<sub>0</sub> = primeira aproximação do tamanho da amostra*

*n = tamanho da amostra*

- O total da população alvo na data da colheita de dados é de 34227 de pessoas inscritas nos Centros de Saúde (UCSP e USF) do ACESBA com idade compreendida entre os 45 e os 64 anos (ano de referência 2014).
- Considerámos um erro amostral de 3%

$$n_0 = \frac{1}{0,03^2} = \frac{1}{0,0009} = 1111,1$$

$$n = \frac{34227 \cdot 1111,1}{34227 + 1111,1} = \frac{38029620}{35338,1} = 1076,2$$

- O resultado desse cálculo foi uma amostra teórica de 1076 pessoas com idade compreendida entre os 45 e os 64 anos que depois de distribuída de forma proporcional, respeitando a frequência no universo populacional, em diferentes categorias: divisão do grupo etário (45 – 64 anos) em dois subgrupos (45 – 54 anos e 55 – 64 anos), por género e por Unidade Funcional onde se encontra inscrito.
- O mesmo cálculo foi efetuado considerando um erro amostral de 4% o que nos deu uma amostra teórica de 613 pessoas com idade compreendida entre os 45 e os 64 anos. Considerámos este o valor mínimo de pessoas a inquirir no total das Unidades Funcionais do ACESBA.



## **ANEXO 4 – HPLP II - SCORING INSTRUCTIONS**



## HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE PROFILE II

### Scoring Instructions

Items are scored as	Never (N)	=	1
	Sometimes (S)	=	2
	Often (O)	=	3
	Routinely (R)	=	4

A score for overall health-promoting lifestyle is obtained by calculating a mean of the individual's responses to all 52 items; six subscale scores are obtained similarly by calculating a mean of the responses to subscale items. The use of means rather than sums of scale items is recommended to retain the 1 to 4 metric of item responses and to allow meaningful comparisons of scores across subscales. The items included on each scale are as follows:

Health-Promoting Lifestyle	1 to 52
Health Responsibility	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51
Physical Activity	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46
Nutrition	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50
Spiritual Growth	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52
Interpersonal Relations	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49
Stress Management	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47

3/95: snw



## **ANEXO 5 – AUTORIZAÇÕES PARA USAR A ESCALA HPLPII**





Dear Colleague:

Thank you for your interest in the *Health-Promoting Lifestyle Profile II*. The original *Health-Promoting Lifestyle Profile* became available in 1987 and has been used extensively since that time. Based on our own experience and feedback from multiple users, it was revised to more accurately reflect current literature and practice and to achieve balance among the subscales. The *Health-Promoting Lifestyle Profile II* continues to measure health-promoting behavior, conceptualized as a multidimensional pattern of self-initiated actions and perceptions that serve to maintain or enhance the level of wellness, self-actualization and fulfillment of the individual. The 52-item summated behavior rating scale employs a 4-point response format to measure the frequency of self-reported health-promoting behaviors in the domains of health responsibility, physical activity, nutrition, spiritual growth, interpersonal relations and stress management. It is appropriate for use in research within the framework of the Health Promotion Model (Pender, 1987), as well as for a variety of other purposes.

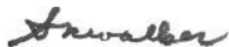
The development and psychometric evaluation of the English and Spanish language versions of the original instrument have been reported in:

- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, *36*(2), 76-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, *11*(1), 76-90.
- Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, *39*(5), 268-273.

Copyright of all versions of the instrument is held by Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN, Karen R. Sechrist, PhD, RN, FAAN and Nola J. Pender, PhD, RN, FAAN. The original *Health-Promoting Lifestyle Profile* is no longer available. You have permission to download and use the HPLPII for non-commercial data collection purposes such as research or evaluation projects provided that content is not altered in any way and the copyright/permission statement at the end is retained. The instrument may be reproduced in the appendix of a thesis, dissertation or research grant proposal. Reproduction for any other purpose, including the publication of study results, is prohibited.

A copy of the instrument (English and Spanish versions), scoring instructions, an abstract of the psychometric findings, and a list of publications reporting research using all versions of the instrument are available for download.

Sincerely,



Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN  
Professor Emeritus

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Pedro Sousa** <[pmlsousa@gmail.com](mailto:pmlsousa@gmail.com)>

Data: 3 de junho de 2013 21:41

Assunto: Re: Pedido de permissão para uso da escala HPLPII - versão portuguesa

Para: Ana Sobral Canhestro <[anasobral2@gmail.com](mailto:anasobral2@gmail.com)>

Cara Ana Canhestro

Obrigado pelo seu contacto e terei muito gosto em facultar a escala e espero que lhe possa ser útil na realização do seu trabalho.

Fico à disposição para algum esclarecimento adicional que seja necessário.

Com os melhores cumprimentos

-----

*Pedro Sousa*

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Leiria

Campus 2 | Alto do Vieiro | Morro do Lena

Apartado 4137 | 2411-901 Leiria

Tel: [\(+351\) 244 845 300](tel:+351244845300) | Fax [\(+351\) 244 845 309](tel:+351244845309)

No dia 3 de Junho de 2013 às 18:44, Ana Sobral Canhestro <[anasobral2@gmail.com](mailto:anasobral2@gmail.com)> escreveu:

Estimado Pedro Sousa

No âmbito do meu estudo de doutoramento cujo tema é a Promoção da Saúde nas pessoas de meia-idade residentes no Baixo Alentejo venho por este meio solicitar formalmente a permissão para utilizar a escala HPLP II por vós traduzida e validada para português (europeu) e já gentilmente disponibilizada em contacto prévio.

Agradecendo toda a atenção dispensada, atenciosamente

Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

## **ANEXO 6 – QUESTIONÁRIO (PESSOAS DE MEIA-IDADE)**



Data do preenchimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Questionário Nº 

--	--	--	--	--	--	--

  
(Não preencher estes quadrados)

**PARTE I**

1. **Nacionalidade:** ☐ Portuguesa ☐ Outra. Qual? \_\_\_\_\_

2. **Local de residência:** Concelho: \_\_\_\_\_ Freguesia \_\_\_\_\_

3. **Idade:** \_\_\_\_\_ Anos

4. **Peso:** \_\_\_\_\_ Kg

**Altura:** \_\_\_\_\_ cm

5. **Género:** ☐ Feminino

☐ Masculino

6. **Estado civil:**

☐ Solteiro(a)

☐ Divorciado(a) / Separado(a)

☐ Casado(a) / União de facto

☐ Viúvo(a)

7. **Agregado familiar:**

☐ Vive sozinho(a)

☐ Vive com esposo(a) / companheiro(a) e filhos

☐ Vive com esposo(a) / companheiro(a)

☐ Outro. Qual? \_\_\_\_\_

8. **Escolaridade:**

☐ Não sabe ler nem escrever

☐ 3º Ciclo Ensino Básico (9º ano)

☐ Sabe ler e escrever

☐ Ensino Secundário (11º ou 12º ano)

☐ 1º Ciclo Ensino Básico (4ª classe)

☐ Licenciatura

☐ 2º Ciclo Ensino Básico (6º ano)

☐ Outro. Qual? \_\_\_\_\_

9. **Qual é a sua profissão atual?** \_\_\_\_\_

10. **Qual é a sua situação profissional, no momento atual?**

☐ Empregado(a)

☐ Reformado(a) por invalidez

☐ Desempregado(a)

☐ Outra Qual? \_\_\_\_\_

☐ Reformado(a) por idade

\_\_\_\_\_

**11. Qual é o rendimento mensal do seu agregado familiar?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inferior a 500€ | <input type="checkbox"/> De 1501 a 2000€  |
| <input type="checkbox"/> De 501 a 1000€  | <input type="checkbox"/> De 2001 a 3000€  |
| <input type="checkbox"/> De 1001 a 1500€ | <input type="checkbox"/> Superior a 3000€ |

**12. De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?**

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muito Bom | <input type="checkbox"/> Mau       |
| <input type="checkbox"/> Bom       | <input type="checkbox"/> Muito Mau |
| <input type="checkbox"/> Razoável  |                                    |

**13. Como considera o seu estado de saúde comparando-o com pessoas da sua idade e género?**

- |                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Melhor   | <input type="checkbox"/> Pior |
| <input type="checkbox"/> Idêntico |                               |

**14. Tem ou já teve alguma doença crónica que tenha sido diagnosticada por um médico?**

- ☐ Não
- ☐ Sim, diga quais são essas doenças crónicas:
- 

**15. Toma habitualmente medicamentos?**

- ☐ Não
- ☐ Sim, diga qual a razão por que toma esses medicamentos:
- 

**16. Como se considera relativamente ao consumo de tabaco?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Não Fumador (Nunca fumou) | <input type="checkbox"/> Fumador ocasional                                  |
| <input type="checkbox"/> Fumador                   | <input type="checkbox"/> Ex-fumador. Há quanto tempo deixou de fumar? _____ |

**17. Se fuma ou já fumou, quantos cigarros fuma ou fumava por dia?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Não sabe                | <input type="checkbox"/> Até 20 cigarros por dia         |
| <input type="checkbox"/> Até 10 cigarros por dia | <input type="checkbox"/> Mais do que 21 cigarros por dia |

**18. Quanto tempo está, em espaços fechados, junto de fumadores?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca                         | <input type="checkbox"/> Uma a cinco horas por dia       |
| <input type="checkbox"/> Quase nunca                   | <input type="checkbox"/> Mais do que cinco horas por dia |
| <input type="checkbox"/> Menos do que uma hora por dia |  |

**19. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca ( <b>PASSE PARA A QUESTÃO 22</b> ) |  |
| <input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos                 | <input type="checkbox"/> Duas a quatro vezes por mês     |
| <input type="checkbox"/> Duas a três vezes por semana             | <input type="checkbox"/> Quatro ou mais vezes por semana |

**20. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Uma ou duas    | <input type="checkbox"/> De sete a nove |
| <input type="checkbox"/> Três ou quatro | <input type="checkbox"/> Dez ou mais    |
| <input type="checkbox"/> Cinco ou seis  |   |

**21. Com que frequência consome seis ou mais bebidas contendo álcool, numa única ocasião?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca                        | <input type="checkbox"/> Duas a quatro vezes por mês     |
| <input type="checkbox"/> Uma vez por mês ou menos     | <input type="checkbox"/> Quatro ou mais vezes por semana |
| <input type="checkbox"/> Duas a três vezes por semana |  |

**22. Nos últimos dois anos participou em atividades de grupo relacionadas com a promoção de estilos de vida saudáveis (o que deve fazer para manter ou melhorar a sua saúde)?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca ( <b>PASSE PARA A QUESTÃO 24</b> ) | <input type="checkbox"/> Sim, duas a três vezes por ano    |
| <input type="checkbox"/> Sim, uma vez por ano ou menos            | <input type="checkbox"/> Sim, mais de quatro vezes por ano |

**23. Se respondeu sim, quem organizou essa (s) atividade (s)? (pode assinalar mais do que uma opção).**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Não sabe                                | <input type="checkbox"/> Câmara Municipal / Junta de freguesia |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiros do Centro de Saúde          | <input type="checkbox"/> Entidade patronal                     |
| <input type="checkbox"/> Outros profissionais do Centro de Saúde | <input type="checkbox"/> Várias entidades (em parceria)        |
| <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____                    |  |

**24. Nos últimos doze meses, utilizou algum serviço do Centro de Saúde onde se encontra inscrito?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca ( <b>PASSE PARA A QUESTÃO 27</b> ) | <input type="checkbox"/> Sim, duas a três vezes    |
| <input type="checkbox"/> Sim, uma vez                             | <input type="checkbox"/> Sim, mais de quatro vezes |

**25. Nos últimos doze meses, ao utilizar os serviços do Centro de Saúde onde se encontra inscrito, recebeu alguma informação sobre estilos de vida saudáveis (o que deve fazer para manter ou melhorar a sua saúde)?**

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não ( <b>PASSE PARA A QUESTÃO 27</b> ) | <input type="checkbox"/> Sim |
|---|------------------------------|

**26. Quem foram os profissionais que lhe deram essa informação? (pode assinalar mais do que uma opção).**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médico(a) (de família ou outro)     | <input type="checkbox"/> Psicólogo(a)      |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) (de família ou outro) | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta    |
| <input type="checkbox"/> Nutricionista                       | <input type="checkbox"/> Assistente social |
| <input type="checkbox"/> Outro (s).                          |  |

Quem? \_\_\_\_\_

**27. Nos últimos doze meses, utilizou algum outro serviço de saúde onde recebeu alguma informação sobre estilos de vida saudáveis (o que deve fazer para manter ou melhorar a sua saúde)?**

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não ( <b>PASSE PARA A QUESTÃO 29</b> ) | <input type="checkbox"/> Sim |
|---|------------------------------|

**28. Onde recebeu essa informação? (pode assinalar mais do que uma opção).**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hospital (consulta ou internamento) | <input type="checkbox"/> Farmácia                       |
| <input type="checkbox"/> Serviço de Urgência                 | <input type="checkbox"/> Consultório médico privado     |
| <input type="checkbox"/> Medicina no trabalho                | <input type="checkbox"/> Consultório Enfermagem privado |
| <input type="checkbox"/> Outro (s). Quais? _____             |   |

**29. Conseguir levar a cabo as coisas que se propõe realizar?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca         | <input type="checkbox"/> Frequentemente |
| <input type="checkbox"/> Algumas vezes | <input type="checkbox"/> Sempre         |

**30. Quando não obtém sucesso à primeira continua a insistir até conseguir?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca          | <input type="checkbox"/> Algumas vezes |
| <input type="checkbox"/> Frequentemente | <input type="checkbox"/> Sempre        |



## PARTE II – PERFIL DE ESTILOS DE VIDA PROMOTORES DE SAÚDE (HPLP II)

Esta parte do questionário contém afirmações sobre o seu modo de vida ou hábitos pessoais atuais. Por favor, responda a cada item com a maior precisão possível e tente não saltar nenhum item. Indique a frequência com que pratica cada comportamento, colocando uma cruz (X) na opção escolhida.

**N** - para **Nunca**

**A** - para **Algumas vezes**

**F** - para **Frequentemente**

**R** - para **Por Rotina**

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Por Rotina
1. Discuto os meus problemas e preocupações com as pessoas que me estão próximas.	N	A	F	R
2. Escolho uma dieta pobre em gorduras (gorduras saturadas e colesterol).	N	A	F	R
3. Informo um médico ou outro profissional de saúde sobre quaisquer sinais ou sintomas incomuns.	N	A	F	R
4. Sigo um programa de exercício planeado.	N	A	F	R
5. Durmo o suficiente.	N	A	F	R
6. Sinto que estou a evoluir e a mudar de forma positiva.	N	A	F	R
7. Elogio facilmente as outras pessoas pelas suas conquistas.	N	A	F	R
8. Limito o consumo de açúcares e alimentos que contenham açúcar (doces).	N	A	F	R
9. Leio ou assisto a programas de TV sobre como promover a saúde.	N	A	F	R
10. Exercito-me intensamente durante 20 ou mais minutos, pelo menos três vezes por semana (como caminhada rápida, ciclismo, dança aeróbica, bicicleta elíptica).	N	A	F	R
11. Disponho de algum tempo para relaxar em cada dia.	N	A	F	R
12. Acredito que a minha vida tem um sentido.	N	A	F	R
13. Mantenho relações significativas e enriquecedoras com os outros.	N	A	F	R
14. Como 6 a 11 porções de pão, cereais, batata, arroz e massa por dia <b>Nota: uma porção corresponde a uma fatia de pão ou um papo-seco ou 6 bolachas Maria (ou de água e sal) ou 4 colheres de sopa de massa ou arroz cozinhados ou uma batata e meia (tamanho de um ovo)</b>	N	A	F	R
15. Questiono os profissionais de saúde de modo a compreender as suas instruções.	N	A	F	R
16. Pratico uma atividade física leve a moderada (como caminhar continuamente durante 30 a 40 minutos, 5 ou mais vezes por semana).	N	A	F	R
17. Aceito os aspetos na minha vida que eu não consigo alterar.	N	A	F	R
18. Olho em frente para o futuro.	N	A	F	R
19. Passo tempo com amigos mais próximos.	N	A	F	R
20. Como 2 a 4 porções de fruta por dia. <b>Nota: uma porção corresponde a uma peça de fruta de tamanho médio.</b>	N	A	F	R
21. Procuo uma segunda opinião quando ponho em questão as recomendações de profissionais de saúde.	N	A	F	R
22. Participo, nos tempos livres, em atividades (recreativas) físicas (como nadar, dançar, andar de bicicleta).	N	A	F	R
23. Concentro-me em pensamentos agradáveis quando me vou deitar.	N	A	F	R
24. Sinto-me bem e em paz comigo.	N	A	F	R
25. É-me fácil mostrar preocupação, amor e carinho para com os outros.	N	A	F	R

26. Como 3 a 5 porções de legumes por dia. <b>Nota: uma porção corresponde a uma chávena almoçadeira de legumes cozinhados ou duas chávenas almoçadeiras de legumes crus.</b>	N	A	F	R
27. Discuto as minhas preocupações de saúde com os profissionais de saúde.	N	A	F	R
28. Faço exercícios de alongamento pelo menos 3 vezes por semana.	N	A	F	R
29. Uso métodos específicos para controlar o meu stress.	N	A	F	R
30. Trabalho para alcançar objetivos a longo prazo na minha vida.	N	A	F	R
31. Toco e sou tocado (p. ex. abraço, carícia, ...) por pessoas de quem gosto.	N	A	F	R
32. Tomo 2 a 3 porções de iogurte, leite ou queijo por dia. <b>Nota: uma porção corresponde a uma chávena almoçadeira de leite (250 ml) ou um iogurte sólido ou um e meio iogurte líquido ou duas fatias de queijo ou um quarto de queijo fresco.</b>	N	A	F	R
33. Inspeciono o meu corpo, pelo menos mensalmente, quanto a mudanças físicas / sinais de perigo.	N	A	F	R
34. Faço exercício durante as minhas atividades diárias habituais (como caminhar durante o intervalo do almoço, usar escadas em vez de elevadores, deixar o transporte longe e caminhar até ao destino).	N	A	F	R
35. Distribuo bem o tempo entre trabalho e lazer.	N	A	F	R
36. Considero cada dia interessante e desafiante.	N	A	F	R
37. Tenho condições para satisfazer a minha necessidade de intimidade.	N	A	F	R
38. Como apenas 2 a 3 porções de carne, aves, peixe, feijões, ovos ou frutos secos, por dia. <b>Nota: uma porção corresponde a um ovo ou 25 gramas de carne ou peixe ou 3 colheres de sopa de feijão ou grão ou lentilhas ou favas ou ervilhas cozinhadas ou de frutos secos ao natural (nozes, amêndoas, caju, pinhões ou avelãs).</b>	N	A	F	R
39. Peço informações aos profissionais de saúde sobre como cuidar bem de mim.	N	A	F	R
40. Verifico a minha pulsação quando faço exercício.	N	A	F	R
41. Faço exercícios de relaxamento ou meditação durante 15-20 minutos por dia.	N	A	F	R
42. Estou consciente do que é importante para mim na vida.	N	A	F	R
43. Tenho apoio das pessoas que se preocupam comigo.	N	A	F	R
44. Leio os rótulos da comida pré-embalada para identificar o teor em nutrientes, gorduras e sódio (sal).	N	A	F	R
45. Assisto a programas educativos sobre cuidados de saúde pessoais.	N	A	F	R
46. Atinjo uma pulsação elevada quando faço exercício.	N	A	F	R
47. Controlo o meu ritmo para evitar o cansaço.	N	A	F	R
48. Sinto-me ligado(a) com alguma força superior a mim mesmo.	N	A	F	R
49. Resolvo conflitos com os outros através do diálogo e do comum acordo.	N	A	F	R
50. Tomo o pequeno-almoço.	N	A	F	R
51. Procuro orientação ou aconselhamento quando necessário.	N	A	F	R
52. Exponho-me a novas experiências e desafios.	N	A	F	R

© S.N. Walker, K. Sechrist, N. Pender, 1995. Não é permitida a reprodução sem o consentimento escrito expresso do autor. A autorização para utilizar esta escala deve ser obtida através de: Susan Noble Walker, College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE 68198-5330.

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.**

**ANEXO 7 - CONSENTIMENTO INFORMADO (PESSOAS DE MEIA-  
IDADE)**



Este questionário faz parte de um estudo desenvolvido no âmbito do doutoramento em Enfermagem, que tem como finalidade caracterizar o estilo de vida promotor de saúde adotado pelas pessoas com idade compreendida entre os 45 e os 64 anos, residentes no Baixo Alentejo.

Solicitamos a sua participação, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. Não existem respostas certas ou erradas, dado que todas as respostas visam exclusivamente obter informação sobre os comportamentos adotados. Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que responda a todas as questões. Não demora mais do que 15 minutos.

O questionário é constituído por questões abertas e fechadas. Nas afirmações onde existir uma quadrícula (☐) , deve assinalar com uma cruz (X) a alínea que está de acordo com o seu caso. Só assinale mais do que uma opção se isso lhe for pedido. Nas questões onde encontrar um espaço em branco (\_\_\_\_), deve responder claramente, e de forma legível, a informação mais adequada à situação indicada, para que não restem dúvidas sobre a sua intenção.

Todas as respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que agradecemos a sua colaboração e sinceridade. Não deve assinar nem rubricar o questionário (esta folha será separada do questionário para que seja mantido o anonimato).

**Investigadora responsável pelo estudo:** Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Enfermeira, Professora-Adjunta da Escola Superior de Saúde do IPBeja, Doutoranda em Enfermagem na Universidade de Lisboa)

**Telemóvel:** 966956869

**E-mail:** [ana.canhestro@ipbeja.pt](mailto:ana.canhestro@ipbeja.pt)

**Orientadores:** Professora Doutora Marta Lima Basto e Professor Doutor José Cabrita

---

#### **Afirmação do Consentimento**

**Declaro que participo de livre vontade neste projeto de investigação, sendo que me foram explicados os seus objetivos e me foram dadas garantias de anonimato e confidencialidade dos dados que eu venha a revelar. Tomei conhecimento que posso recusar participar ou interromper a minha participação em qualquer momento do preenchimento do questionário e que posso solicitar os resultados desta investigação quando estiver terminada.**

**Aceito participar nesta investigação nas condições acima referidas.**

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**ANEXO 8 - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DOS  
ESTUDOS**





Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Rua de Almodôvar, Lote 9

7670 270 Ourique

Telemóvel: 966 956 869

Exma. Senhora Presidente  
do Conselho de Administração  
da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro, Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, a exercer funções como professora adjunta na Escola Superior de Saúde do IPBeja e doutoranda em Enfermagem na Universidade de Lisboa, no âmbito do desenvolvimento da sua tese de doutoramento intitulada *“Envelhecer com saúde – comportamentos promotores de saúde das pessoas de meia-idade residentes no Baixo Alentejo”*, vem junto de V. Exa. solicitar autorização para:

- **Realização de questionários a uma amostra representativa da população inscrita nas Unidades Funcionais dos Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos** com o objetivo de caracterizar o seu estilo de vida, particularmente ao nível dos comportamentos promotores de saúde.

Importa ainda informar que o questionário, em anexo, sempre que possível deve ser respondido de forma autónoma pelos inquiridos necessitando apenas de apoio por parte de um enfermeiro ou da investigadora. Após a determinação da amostra de população a inquirir, a investigadora responsabiliza-se por realizar reuniões preliminares em todas as Unidades Funcionais dos Centros de Saúde com os enfermeiros coordenadores dessas Unidades e restantes enfermeiros disponíveis para colaborar, no sentido de determinar qual a melhor forma de contactar os potenciais respondentes. A entrega inicial e a recolha dos questionários serão também da responsabilidade da investigadora.

Para completar esta investigação pretende-se ainda realizar um levantamento de todos os projetos de promoção de estilos de vida saudáveis em desenvolvimento ou a desenvolver no próximo ano, na área de abrangência da ULSBA, bem como realizar entrevistas a enfermeiros ou outros profissionais de saúde que estejam envolvidos em projetos e/ou

atividades de promoção da saúde. Esta parte do estudo tem como objetivo: compreender os fatores que influenciam o desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária de promoção dos estilos de vida saudáveis. Poderão ser ainda entrevistados representantes da comunidade considerados como pessoas chave para o desenvolvimento desses projetos.

A investigadora garante a absoluta confidencialidade e o anonimato de todos que aceitem participar no estudo e compromete-se a divulgar os resultados do mesmo.

Pede deferimento,

Beja, 26 de Dezembro de 2013

/Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro/

**ANEXO 9 - AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DOS ESTUDOS  
COM PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA**



Exma. Senhora  
Enfª. Ana Maria Grego Dias Sobral  
Canhestro

Rua de Almodôvar, Lote 9  
7670-270 OURIQUE


Sua referência	Sua comunicação de	Nossa referência	Data
		SAI-ULSBA/2014/1917	2014.03.12


ASSUNTO: **PEDIDO PARA REALIZAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS  
/ENVIO DE RESPOSTA**

Reportando-nos ao assunto em epígrafe, cumpre-nos informar o seguinte:

- O Conselho de Administração deliberou, em reunião de 19.02.2014, autorizar o estudo de investigação conforme parecer da Comissão de Ética, Ata nº 1, ponto 5 de 05.02.2014, uma vez que tem contemplado o consentimento informado, a confidencialidade dos dados e o anonimato na investigação.

Com os melhores cumprimentos,

 O Conselho de Administração

  
**José Gaspar**  
Vogal Executivo  
Competência Delegada na Acta  
n.º 4 de 27.01.2012

/VR  
2014.03.12

Mod. 37

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE  
SEDE: HOSPITAL JOSÉ JOAQUIM FERNANDES  
Rua Dr. António Fernando Covas Lima  
7801-849 Beja, Portugal  
Tel: (+351) 284 310 200 . Fax: (+351) 284 322 747  
geral@ulsba.min-saude.pt . [www.ulsba.pt](http://www.ulsba.pt)

